

Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği - Hemşire Değerlendirme Kısa Formunun Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği

Turkish Validity and Reliability of Readiness for Hospital Discharge Scale- Adult- Nurse Assessment Short Form

Manar Aslan

Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Atf vermek için: Aslan M. Yetişkin hastalar için taburculuğa hazır olma ölçeği - Hemşire değerlendirme kısa formunun Türkçe geçerlik ve güvenirligi. SHYD. 2020;7(2):202-14.

Öz

Amaç: Bu metodolojik çalışma, Weiss ve arkadaşları tarafından 2014 yılında geliştirilen "Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği- Hemşire Değerlendirme Kısa Formu"nun Türkçede geçerli olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmanın verileri Mayıs-Eylül 2019 tarihleri arasında bir devlet hastanesinde çalışan 160 hemşire ve 160 hastadan araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Bulgular: Ölçeğin dil geçerliği, kapsam geçerliği (.98) ve yapı geçerliği (≥ 40) yapılmıştır. Güvenirlik analizlerinde Pearson korelasyonu, Cronbach alfa ve paralel form güvenirligi yapılmış ve model uyum iyiliği sonuçları kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmanın sonuçları, bu ölçeğin hastanın taburculuğa hazır olma durumunun hemşireler tarafından değerlendirilmesini sağlayacak bir ölçek olarak Türkçede kullanılabileceğini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Geçerlik, güvenirlilik, taburculuğa hazır olma, hemşire

Abstract

Aim: This methodological study was carried out to determine whether the readiness for hospital discharge scale for adult patients-nurse assessment short form developed by Weiss and colleagues' in 2014 is a valid tool in Turkish.

Method: The data of the study were collected from 160 patients and 160 nurses working in a public hospital between May and September 2019.

Results: Language validity, content validity (.98) and construct validity (≥ 40) of the scale were performed. In reliability analysis, Pearson correlation, Cronbach alpha, parallel form reliability were performed. The goodness of fit of the model to the results was found to be acceptable.

Conclusion: Results of the study show that Turkish version of the scale can be used by the nurses as a scale that will provide an assessment of the readiness of the patients to discharge.

Keywords: Validity; reliability, readiness for discharge, nurse

Received / Geliş: 07.11.2019

Accepted / Kabul: 20.05.2020

Published Online / Online Yayın: 31.08.2020

Corresponding author / İletişim: Manar Aslan, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Edirne, Türkiye

E-mail / E-posta: manaraslan@trakya.edu.tr

Yazarın ORCID bilgisi:

M.A. 0000-0003-0932-5816

Extended Abstract

Introduction: Readiness for discharge is the primary strategy to increase the patient's feeling ready to be discharged from the hospital and to reduce the occurrence and re-hospitalization rates after discharge. Unnecessary hospitalization should be minimized every day because every additional day in the hospital puts the patient at a higher risk of complications directly associated with hospitalization (such as medication errors, infections, falls). Therefore, the patient's discharge should not be too early (increase the risk of re-hospitalization) or too late (this increases the risk of hospital complications and unnecessary hospital costs). Preparation for discharge is more successful when caregivers/medical care providers correctly evaluate individualized patient needs when the patient is hospitalized. Discharge training provided by the nurse improves self-care compliance, clinical outcomes, and reduces the cost of care.

Background: Many nurses agree that the patient's discharge preparation is multifaceted and includes an assessment of social and psychological conditions, including the understanding of the physical condition, medications, limitations, community resources, and social support. While the emphasis is given to the patient's physical needs and information during the discharge process, psychosocial resources are neglected. This approach sets the ground for a failed discharge because some adults can take care of themselves, while others need supportive people, resources, or services to assist them. For this reason, it is necessary to both evaluate the nurse's readiness for discharge and ensure the continuity of care (at home or in another medical institution).

This research was designed to adapt the Readiness for Hospital Discharge Scale Registered Nurse Short Form (RN-RHDS/SF), which allows nurses to assess whether adult patients are readiness hospital discharge, to Turkish, and to determine its validity and reliability in nursing.

Method: It is methodological research. The sample of the study consisted of 160 nurses working in a state hospital in a provincial center and accepting to participate in the study. Simultaneously, the patient form of the scale was administered to 160 patients. Readiness for Hospital Discharge Scale for Adult Patients - short form of nurse assessment consisting of 8 items and four sub-dimensions (physical status, knowledge, perceived coping ability, and expected support). The scale is a 10-point Likert scale and the scale average score is the lowest 1 and the highest 10.

Results: The item-total score correlation coefficients of the scale items were found to be between .56 - .81. The patient form and the nurse form of the scale were compared and there was a statistically significant positive correlation between the two-scale scores ($r = .457$). Confirmatory factor analysis was performed to test the construct validity of the scale. The scale consists of four sub-dimensions as the original. The Cronbach's alpha reliability coefficient of the total scale was .89 for the whole scale.

Conclusion: It has been determined that the Turkish form of the Readiness for Hospital Discharge Scale for Adult Patients - Short Form is valid and reliable.

Giriş

Hastanın hastaneden taburcu edilmeye hazır olup olmadığının değerlendirilmesi taburculuk sürecinin temel bileşeni olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin maliyetinin azaltılmasına yönelik yapılan değişiklikler, hastanede kalış sürelerinin kısalmasına neden olmaktadır. Hastanede kalış süresinin en aza indirilmesi ise hastaların tam iyileşmeden taburcu olmalarına neden olabilmektedir. Bu durumda bakım gereksinimi ve karmaşıklığını yönetme sorumluluğu hasta ve aile üyelerine düşmektedir. Taburculuk hazırlığı için sürenin kısıtlı olması da hastaların taburculuğa tam hazır olmamalarına neden olmaktadır (Galvin, Wills ve Coffey, 2017; Weiss ve ark., 2007). Amerika'da her yıl yaklaşık 35 milyon kişinin, tıbbi hastalıklar nedeniyle hastaneye kaldırıldıktan sonra taburcu edildiği ve bu hastaların %20'sinin 30 gün içinde yeniden hastaneye yatış yaptığı belirtilmektedir (Lau ve ark., 2016; Wallace, Perkhounkova, Bohr ve Chung, 2016). Yeniden yatış oranları, daha düşük hasta doyumu ve daha fazla maliyet ile ilişkilendirilmektedir (Bradley ve ark., 2012). Ayrıca, Amerika'da yeniden yatışların 15-17 milyar dolar maliyete yol açtığı belirtilmektedir (Bradley ve ark., 2013; Weiss, Yakusheva ve Bobay, 2011). Bu duruma önlem olarak, yeniden yatış oranlarının izlenmesi, beklenen risklerin değerlendirilmesi ve 30 günlük yeniden yatış oranı fazla olan hastanelere karşı cezai uygulanmaların yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (Joynt, Sarma, Epstein, Jha ve Weissman, 2014).

Taburculuk süreci, yeniden yatışların önlenebileceği kritik bir dönemi göstermekte ve bu süreçte bakım hizmetinin kalitesini artırmak için ortak bir çabanın gösterilmesi gerekmektedir. Çoğu taburculuğa hazırlık programında ortak olan işlevler; ilaçlarla ilgili bilgilerin verilmesi, halk sağlığı hizmeti veren birimlerle (evde sağlık birimi gibi) eşgüdümün sağlanması ve hastaların evde sağlıkla ilgili durumlarının ve tedavilerinin kendi kendine yönetilmesinde etkin bir şekilde rol almaları şeklinde belirtilmektedir. Taburculuk süreçlerinde uygulanan hastayı destekleyici birçok yaklaşım, yeniden yatışları başarılı bir şekilde azaltmaktadır. Maliyet, sürdürülebilirlik ve verimlilikteki değişkenlik, araştırmacıları taburculuk süreci için en uygun stratejileri belirlemeye yöneltmektedir (Wallace ve ark., 2016).

Taburculuk hazırlığı, hastaların ve aile üyelerinin, hastaneden taburcu olduktan sonra olabilecek sorunlarla baş edebilme yeteneklerini belirtmektedir. Taburculuk hazırlık sürecinde, hastanın fizyolojik durumunun iyi olması, kişisel bakım yeteneği, sosyal desteğinin varlığı ve toplumun sağlık hizmetlerine erişebilmesine dikkat edilmelidir. Hasta doyumunun da dikkate alındığı bir taburculuk planlaması, taburculuk sürecini daha etkin hale getirmek için yararlı bir yöntem olabilmektedir (Lau ve ark., 2016).

Hasta ve yakınlarının çoğu zaman taburculuk için yeterince hazırlıklı olmadıkları ve bu durumun bilgi eksikliğinden kaynaklandığı belirtilmektedir (Weiss ve ark., 2011). Örneğin, taburculuk sürecinde hastanın kullanacağı ilaçlar hakkındaki gerekli bilgi, hastanın evde bakımını sağlayacak kişilere doğru şekilde iletilmeyebilir. Bu durumda hastalar, hastane ortamından ev ortamına geçiş sürecinde kalite ve güvenlik açısından savunmasız kalabilmektedirler (Naylor, Aiken, Kurtzman, Olds ve Hirschman, 2011). Hastaneye yeniden yatışlar, birçok etmen ve karmaşık durumdan etkilenirken, 30 gün içinde yapılan yeniden yatışların çoğunun taburculuk hazırlığının başarısızlığından kaynaklandığı belirtilmektedir (Weiss ve ark., 2011).

Hastanede yatan hastalara yönelik bakımın önemli bir bileşeni olan taburculuk planlaması, hastanın uygun zamanda taburcu edilmesine olanak verecek bir planın geliştirilmesi ve taburculuk sonrası yeterli destek ve hizmetin sağlanmasını içermelidir. Taburculuk planlama sürecinin merkezinde, hastanın taburcu olmaya hazır olup olmadığının değerlendirmesi vardır (Weiss ve ark., 2007). Taburculuğa hazırlık, genellikle belirli klinik göstergelerin kıyaslanmasına dayanan bir süreç ve tıbbi ekibin kararını içermektedir. Taburculuğa hazırlık sürecinin değerlendirilmesi, hasta güvenliği, doyumu ve hasta sonuçları için giderek daha önemli hale gelmektedir. Taburculuğa hazırlık sürecinde; hazır olma durumunu belirleyecek ekibin belirlenmesi, uygun taburculuk zamanlamasının yapılması ve ardından taburculuk sonrası hastanın izlenme/kontrol edilme gereksiniminin saptanması üzerinde durulmaktadır. Hastaların da taburculuğa hazır olma sürecinde etkin rolü bulunmaktadır. Hastaların taburculuğa hazır olma durumlarının, kendi öz değerlendirmeleri ile taburculuk planlama sürecinde dikkate alınması gerekmektedir (Harrison ve ark., 2016). Ayrıca hemşireler, hastalarla diğer sağlık profesyonellerinden daha fazla etkileşim içinde olduklarından, hastaların taburculuğa hazırlık durumunun değerlendirilmesinde, onların görüşleri daha önemlidir. Hemşirelerin, hastalar taburcu olmadan önce taburculuk sürecinde yaşanan eksiklikleri gidermek ve düzeltmek için olanağı bulunmaktadır. Hastaların taburculuğa hazır olma durumuna ilişkin hemşirelerin görüşlerini almak ve taburculuğa hazırlık açısından hastanın yeniden yatış durumuna ilişkin risk değerlendirmesine katılımlarını sağlamak, yeniden yatışları azaltabilmektedir (Weiss, Costa, Yakusheva ve Bobay, 2014).

Taburculuğa hazır olma kavramı ilk olarak hastanın gerçeklerle yüzleşmeye hazır olma duygusu olarak tanımlanmıştır (Fenwick, 1979). Taburculuğa hazırlık, hastaneden taburcu edilecek hastanın hazır olma durumunun desteklenmesi ve taburculuk sonrası yeniden yatışların azaltılması için büyük önem taşımaktadır. Sağlık profesyonellerinin birlikte planladığı taburculuk eğitimi ve taburculuk sürecinin hasta doyumunu önemli ölçüde artırdığı

ve hastaları etkin bir şekilde taburculuğa hazırladığı belirtilmektedir (Knier, Stichler, Ferber ve Catterall, 2015). Hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin; hastaların öz bakım gücünü artırdığı, hasta bakım sonuçlarını iyileştirdiği ve bakım maliyetlerini azalttığı vurgulanmaktadır (Bobay, Jerofke, Weiss ve Yakusheva, 2010). Taburculuk sonrası olası maliyetleri azaltmak ve hastaları taburculuğa daha iyi hazırlamak için hemşirelik bakım kalitesini artırmak gerektiği belirtilmektedir (Weiss ve ark., 2011). Konuya ilişkin yapılan bir çalışmada, hemşirelerin verdiği taburculuk eğitiminin kalitesinin, taburculuğa hazır olma durumunun en güçlü destekleyicisi olduğu saptanmıştır (Weiss ve ark., 2007). Hastaların taburcu edilmeye hazır olma durumunun çok yönlü değerlendirilmesi gerektiği belirtilmekle birlikte, taburculuk sürecinde genellikle psikososyal ya da dış etkenlerin göz ardı edildiği ve hastanın fiziksel gereksinimleri ile rutin bilgilerin verilmesine önem verildiği üzerinde durulmaktadır. Taburculuk sürecinde, fiziksel, sosyal ve psikolojik durumun değerlendirilmesi, taburculuk sonrası kullanılacak ilaçlara ilişkin bilgi verilmesi ve fiziksel sınırlılıkların, topluma ve sosyal yaşama ilişkin dış etkenlerin dikkate alınması gerektiği belirtilmektedir. Bu etkenler bir bütün olarak ele alınmadığında, başarısız bir taburculuk süreci ve hastaların taburculuğa hazır olmaması gibi durumlar ortaya çıkacaktır (Bobay ve ark., 2010). Yapılan diğer bir çalışmada, hastalar tarafından taburcu olma sürecinde ağır kontrolü, taburculuk planını anlayamama ve günlük yaşam aktivitelerinde nelere dikkat etmesi gerektiği konusunda eksik bilgilerin ve engellerin olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle taburculuk sürecinde kaliteli bir planlama yapmak ve hastaları taburculuğa iyi bir şekilde hazırlamak için sağlık profesyonelleri ile hastalar arasında daha etkili iletişimin sağlanması gerektiği belirtilmektedir (Harrison, Greysen, Jacolbia, Nguyen ve Auerbach, 2016).

Sağlık profesyonellerinin hasta gereksinimlerini doğru bir şekilde değerlendirmemesinin taburculuk hazırlığının başarısını azalttığı belirtilmektedir (Bobay ve ark., 2010). Cerrahi operasyon sonrası hastaların taburculuğa hazır olma durumuna ilişkin yapılan bir çalışmada, hastanın durumunun taburculuğa klinik olarak uygun olmaması, hemşirenin ve hastanın taburculuğa hazır olma durumunun kendileri tarafından değerlendirilmemesi sonucunda hastaların taburcu olduktan 24 saat sonra daha fazla postoperatif belirti (ameliyat yerinde ağrı, ses kısıklığı, boğaz ağrısı, uyuşukluk vb.) gösterdiği belirlenmiştir (Chung, 1995). Bu nedenle hastaların taburculuğa hazırlık durumlarını değerlendirmek için Weiss ve arkadaşları (2014) tarafından taburculuğa hazırlık hasta öz değerlendirme ve hemşire değerlendirme ölçekleri geliştirilmiştir. Taburculuğa hazırlık durumunun hemşireler tarafından değerlendirilmesinin, hasta öz değerlendirmesinden daha güçlü sonuçlar ortaya koyduğu ve taburculuk hazırlık durumunun değerlendirilmesinin hastaların sağlık okuryazarlığı ve evdeki sosyal yaşam durumuna göre değiştiği belirtilmektedir (Wallace ve ark., 2016; Weiss ve ark., 2011). Ayrıca yapılan başka bir çalışmada, hastanın taburculuğa hazır olma sürecinde hastanın kendi öz değerlendirmesi ile hemşireler tarafından taburculuğa hazırlık değerlendirilmesinin beraber yapılmasının, 30 günlük yeniden yatışları önemli ölçüde azalttığı bulunmuştur (Weiss ve ark., 2019). Bu nedenle hem hastaların hem de hemşirelerin taburculuğa hazırlık sürecinin değerlendirilmesine etkin katılımı yeniden yatışları azaltarak hasta doyumunu artıracaktır (Knier ve ark., 2015; Weiss ve ark., 2019).

Yöntem

Araştırmanın Amacı ve Tipi: Araştırma, hastaların taburculuğa hazır olma durumunun hemşireler tarafından değerlendirilmesine olanak sağlayacak "Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire Değerlendirme Kısa Formu"nun geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla, metodolojik bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı: Araştırma verileri, Mayıs-Eylül 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma, Sağlık Bakanlığına bağlı bir hastanenin altı dahili kliniği (göğüs-1, göğüs-2, fizik tedavi ve rehabilitasyon, nöroloji-kardiyoloji, dahiliye ve dahiliye yandal) ve altı cerrahi kliniğinde (plastik-göz, beyin cerrahi-üroloji, genel cerrahi, ortopedi, KBB-çocuk cerrahisi, kardiyovasküler cerrahi) görevli hemşireler ve bu hemşirelerin hizmet verdiği hastalarla gerçekleştirilmiş ve böylece hastanenin tüm yatan hasta birimleri araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini, Sağlık Bakanlığına bağlı bir hastanede çalışan hemşireler (N: 336 hemşire) oluşturmaktadır. Örneklem için hastanenin dahili ve cerrahi kliniklerinde çalışan hemşireler ve paralel form güvenilirliği için de bu kliniklerde çalışan hemşirelerin taburcu olacak olan hastaları seçilmiştir. Ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında yapılan faktör analizinde örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında ölçek madde sayısının en az 5-10 katı olması önerilmektedir (Tavşancıl, 2010). Bu çalışmada, ölçek madde sayısının en az on katına (80) ulaşılması hedeflenmiş ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 160 hemşire ve bu hemşirelerin 160 hastası çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Hastanenin dahili kliniklerden 78 hemşire, cerrahi kliniklerden ise 82 hemşire çalışmaya katılmıştır. Çalışmada, herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamış, çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere ve bu hemşirelerin aynı gün taburcu olmak üzere olan hastalarına ölçekler uygulanmıştır. Hastalara daha önce Kaya ve arkadaşları (2018) tarafından Türkçeye uyarlanan hasta öz değerlendirme ölçeği uygulanmıştır. Verilerin toplandığı gün taburcu olmayan hastalar örnekleme alınmamıştır.

Veri Toplama Araçları: Araştırmada, hemşire tanıtıcı bilgi formu, yetişkin hastalar için taburculuğa hazır olma ölçe-

ği, hasta tanıtıcı bilgi formu ve taburcu olmaya hazır olma ölçeği- hasta öz değerlendirme formu kullanılmıştır.

Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından oluşturulan formda; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, klinikte çalışma süresi, meslekte çalışma süresi, hangi klinikte çalıştığı, ilgili hastaya kaç gün bakım verdiği şeklinde sekiz soru yer almaktadır.

Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği- Hemşire Değerlendirme Kısa Formu: Yetişkin hastalar için taburculuğa hazır olma ölçeği ilk önce 2006 yılında Weiss ve Piacentine (2006) tarafından 21 maddelik olarak geliştirilmiştir (Cronbach alfa .90). Daha sonra Weiss ve arkadaşları (2014) tarafından ölçeğin hasta ve hemşire için kısa şekli geliştirilmiştir. Hastaların taburculuğa hazır olmasının ona bakım veren hemşiresi tarafından değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş olan kısa versiyonu sekiz madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; fiziksel durum (2 madde), bilgi (2 madde), algılanan başa çıkma yeteneği (2 madde) ve beklenen destek (2 madde) şeklinde belirtilmiştir. Ölçek 10'lu Likert tipi bir ölçek olup, ölçekten alınan puan ortalaması 9-10 aralığında ise taburcu olmaya çok fazla hazır, 8-8,9 ise fazla hazır, 7-7,9 arasında ise orta hazır, 7'nin altındaysa düşük hazır olarak değerlendirilmektedir. Taburculuğa hazır olma ölçeği Cronbach alfa değeri ,75 olarak bulunmuştur.

Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından oluşturulan formda; yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, evde kimlerle yaşadığı, hastanede kalış süresi, hastalık tanısı, hastaneye geliş şekli olmak üzere dokuz soru yer almaktadır.

Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Hasta Öz Değerlendirme Formu: Hastaların taburculuğa hazır olmasının kendisi tarafından değerlendirildiği ölçek, sekiz madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. 2018'de Kaya ve arkadaşları tarafından Türkçe uyarlaması yapılmış ve hemşire versiyonu ile paralel sorulara sahip olan bir ölçektir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri ,74'tür ve 10'lu Likert tipi bir değerlendirmeye sahiptir.

Verilerin Toplanması: Veriler, etik kurul izni ve ilgili hastaneden kurum izni alındıktan sonra, araştırmacı tarafından hemşirelerden ve hastalardan alınan yazılı bireysel onamlar sonucunda toplanmıştır. Formu dolduranlara çalışmanın amacıyla ilgili bilgi verilmiş ve formlar mesai saatleri içerisinde (08:00-17:00), taburculuğun çok olduğu, genellikle sabah saatlerinde ve taburculuktan dört saat önce olacak şekilde toplanmıştır.

Verilerin Analizi: Araştırmada veri toplama araçları ile elde edilen veriler, "SPSS 23.0" ve "AMOS 22.0" istatistik paket programı yardımıyla aşağıda Şekil 1'de belirtilen şekilde analiz edilmiştir. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.



Şekil 1. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmanın yürütülebilmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (2019/132) ve il sağlık müdürlüğünden kurum izni alınmıştır. Araştırma kapsamındaki hemşirelere ve hastalara ölçek uygulamasından önce araştırmanın amacı hakkında açıklamalarda bulunularak, katılımları için yazılı bireysel bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Ayrıca orijinal ölçeği geliştiren yazardan da izin alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırmanın yalnızca bir devlet hastanesinde yapılması, üniversite ve özel hastanelerin kapsama alınmaması sınırlılığını oluşturmaktadır.

Bulgular

Tablo 1. Çalışmaya katılan hemşire ve hastaların tanıtıcı özellikleri (Hemşire: 160, Hasta: 160)

Hemşire özellikleri	n	%
Cinsiyet		
Kadın	154	96,3
Erkek	6	3,9
Medeni Durum		
Evli	100	62,5
Bekar	60	37,5
Eğitim durumu		
ŞML	9	5,6
Önlisans	15	9,4
Lisans	131	81,9
Yüksek lisans/doktora	5	3,1
Çalışılan klinik		
Dahili klinik	78	48,8
Cerrahi klinik	82	51,2
	Min-Max	̄±SS
Yaş	22-58	34,13±9,262
Klinikte çalışma süresi	1-22	5,61±5,579
Meslekte çalışma süresi	1-29	12,83±10,146
Hastaya baktığı gün	1-21	5,34±4,055
Hasta özellikleri	n	%
Cinsiyet		
Kadın	90	6,3
Erkek	70	43,8
Medeni Durum		
Evli	105	65,6
Bekar	55	34,4
Meslek		
Emekli	31	19,4
İşçi	20	12,5
Memur	9	5,6
Esnaf	19	11,9
Ev hanımı	17	48,1
Öğrenci	4	2,5
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	21	13,1
İlkokul	88	55,0
Ortaokul	16	10,0
Lise	26	16,3
Üniversite ve üstü	9	5,6
Evde kimlerle beraber yaşadığı		
Yalnız	18	11,3
Eşiyle beraber	77	48,1
Çocukları ile beraber	27	16,9
Anne-baba	8	5,0
Eşi ve çocukları ile birlikte	19	11,9
Diğer*	11	6,9
Hastalık tanısı		
Dahili hastalık	75	46,9
Cerrahi hastalık	85	53,1
Hastaneye geliş şekli		
Acilden giriş ve ilk defa	39	24,4
Hastalık tanısı ile kliniğe ilk defa	116	72,5
Aynı tanı ile yeniden yatış	5	3,1
	Min-Max.	̄±SS
Yaş	18-93	58,48±18020
Hastanede kalış süresi	2-45	6,75±6,032

*Gelinile birlikte

Araştırma örnekleminde alınan hemşire ve hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 1’de verilmiştir.

Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; %96,3’ünün kadın, %62,5’inin evli, %81,9’unun lisans mezunu, %51,2’sinin cerrahi kliniklerde çalıştığı, yaş ortalamasının 34,13±9,26, klinikte çalışma süre ortalamasının 5,61±5,57 yıl, meslekte çalışma süre ortalamasının 12,83±10,14 yıl ve taburcu olacak olan hastalarla ilgilenilen gün ortalamasının 5,34±4,05 gün olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Hastaların tanıtıcı özelliklerin incelendiğinde; %56,3’ünün kadın, %65,6’sının evli, %48,1’inin ev hanımı, %55’inin ilköğretim mezunu, %48,1’inin eşiyile beraber yaşadığı, %53,1’inin cerrahi tanı nedeniyle hastanede yattığı, %72,5’inin kliniğe ilk defa yattığı, yaş ortalamasının 58,48±18,02 yıl ve hastanede kalış ortalamasının 6,75±6,03 gün olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. Yetişkin hastalar için taburculuğa hazır olma ölçeklerinin hemşire ve hasta formlarının tanımlayıcı istatistikleri (Hemşire: 160 kişi, Hasta:160 kişi)

	Cronbach Alfa	Madde Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	Min.-Mak.
Hemşire formu					
Toplam ölçek	0,89	8	8,31	1,534	3-10
Fiziksel durum	0,88	2	8,59	1,569	3-10
Bilgi	0,93	2	8,28	1,749	1-10
Algılanan başa çıkma	0,88	2	8,32	1,860	1-10
Beklenen destek	0,93	2	8,06	2,532	0-10
Hasta formu					
Toplam ölçek		8	8,26	1,135	4-10
Fiziksel durum		2	8,27	1,137	4-10
Bilgi		2	7,90	1,609	2-10
Algılanan başa çıkma		2	8,19	1,617	2-10
Beklenen destek		2	8,69	2,191	0-10

Yetişkin hastalar için taburculuğa hazır olma ölçeği- hemşire değerlendirme kısa formundan alınan puanların 3-10 arasında değiştiği ve ölçek puan ortalamasının 8,31±1,53 olduğu belirlenmiştir. Alt boyutlardan fiziksel durum (8,59±1,56) alt boyutu, en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır. Taburcu olmaya hazır olma ölçeği- hasta öz değerlendirme formundan alınan puanların 4-10 arasında değiştiği ve ölçek puan ortalamasının 8,26±1,13 olduğu belirlenmiştir. Alt boyutlardan beklenen destek (8,69±2,19) alt boyutu, en yüksek puan ortalamasına sahip bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 3. Taburculuğa hazır olma ölçeğinden alınan puanların hemşire ve hasta versiyonununa göre karşılaştırılması (Hemşire: 160, Hasta:160)

	n	%
Hemşire değerlendirmesi		
Çok fazla hazır (9-10 aralığı)	89	55,6
Fazla hazır (8-8,9 aralığı)	35	21,9
Orta hazır (7-7,9 aralığı)	16	10,0
Düşük hazır (7’nin altında)	20	12,5
Hasta değerlendirmesi		
Çok fazla hazır (9-10 aralığı)	86	53,8
Fazla hazır (8-8,9 aralığı)	44	27,5
Orta hazır (7-7,9 aralığı)	16	10,0
Düşük hazır (7’nin altında)	14	8,8

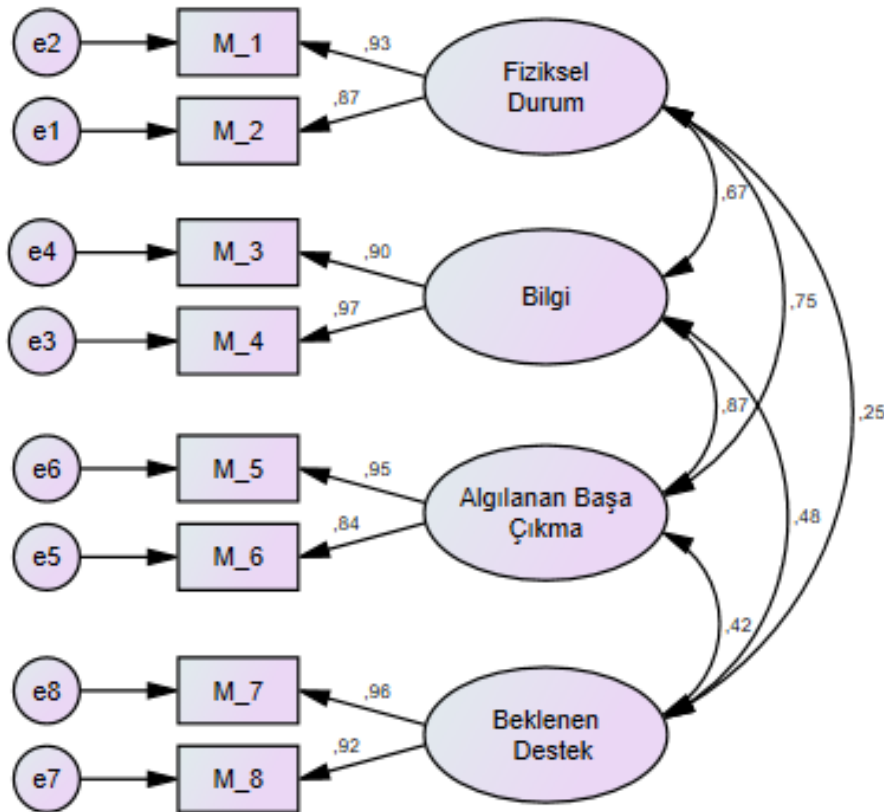
Güvenirlilik analizlerine bakıldığında sekiz madde ile geçerliliği sağlanan “Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeğinin” güvenirlik düzeyinin ,89 ve yeterli seviyede olduğu (Cronbach alfa> ,70), ölçeğin dört alt boyutunun güvenirlik katsayılarının ,88- ,93 aralığında olduğu görülmektedir (Tablo 2). Ayrıca Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeğinin madde toplam korelasyonlarına bakıldığında ,56- ,81 aralığında olduğu görülmüştür (> ,30). Ölçeğin maddeleri incelendiğinde Cronbach alfa katsayısını negatif etkileyen madde olmadığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlardan yola çıkarak hastanın taburculuğa hazır olmasının hemşireler ve hastalar tarafından değerlendirildiği sonuçlar Tablo 3’te karşılaştırılmıştır. Buna göre hemşireler hastaların %55,6’sını ‘çok fazla hazır’, %21,9’unu ‘fazla hazır’, %10’unu ‘orta hazır’ ve %12,5’ini ‘düşük hazır’ olarak değerlendirmişlerdir. Hastaların ise %53,8’i kendilerini ‘çok fazla hazır’, %27,5’i ‘fazla hazır’, %10’u ‘orta hazır’ ve %8,8’i ‘düşük hazır’ olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 3).

Dil geçerliliği: Ölçeğin dil geçerliliğinde çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Ölçek uluslararası kalite belgeleri olan bir firma aracılığıyla Türkçeye çevrilmiş ve bir uzman tarafından İngilizceye geri çevirisi yapıldıktan sonra üç ölçeğin (orijinal, çeviri, geri çeviri) kontrolleri yapılmıştır. Her bir ölçek maddesinin aynı şeyi belirtip belirtmediğini saptamak için ölçeğin hasta versiyonu da dikkate alınmıştır. Ayrıca kapsam geçerliliği sırasında dil geçerliliği de uzmanlar tarafından sorgulanmıştır.

Kapsam geçerliliği: Ölçeğin Türkçe formunun kapsam geçerliliği için ölçek maddelerinin uygunluğu konusunda hemşirelikte yönetim konusunda uzman altı hemşire öğretim üyesinin görüşü alınmıştır. Uzmanlardan maddelerin uygunluğunu 1-4 puan arasında değerlendirmeleri istenmiş ve ölçeğin kapsam geçerlik indeksi değerinin ,98 olduğu bulunmuştur.

Yapı geçerliliği: Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda doğrulanan her bir maddenin faktör yük değerleri incelendiğinde ,40’ın altında değer bulunmadığı görülmüştür.



Şekil 2. Taburcu olmaya hazır olma ölçeğinin ölçüm modeli (doğrulayıcı faktör analizi)

Ölçek maddelerinin kendi boyutu ile olan yol katsayıları (faktör yükleri) fiziksel durum alt boyutunda ,87 ile ,93, bilgi alt boyutunda ,89 ile ,97, algılanan başa çıkma alt boyutunda ,84 ile ,95, beklenen destek alt boyutunda ,91 ile ,96 arasında olduğu bulunmuştur (Şekil 2).

Tablo 4. Ölçüm modelinin uyum indeks değerleri ve iyi uyum değerleri (N: 160)

	Model Uyum İndeks Değerleri	İyi Uyum Değerleri (Kabul Edilebilir Uyum)
	χ^2 :19,598 sd:14 p:0,143	
χ^2 /sd	1,400	≤ 3 (4-5)
GFI	0,973	$\geq 0,90$ (0,89-0,85)
AGFI	0,929	$\geq 0,90$ (0,89-0,85)
IFI	0,995	$\geq 0,95$ (0,94-0,90)
TLI (NNFI)	0,990	$\geq 0,95$ (0,94-0,90)
CFI	0,995	$\geq 0,97$ (0,95)
RMSEA	0,050	$\leq 0,05$ (0,06-0,08)
SRMR	0,026	$\leq 0,05$ (0,06-0,08)

Ölçeğin Türkçe formunun sekiz madde ve dört alt boyut ile oluşturulan ölçüm modeli için uyum indeks değerleri Tablo 4'te verilmiştir. İlk olarak en yaygın olarak kullanılan uyum indeksi ki-kare (χ^2) uyum iyiliği testi ve p değeri incelenmiş ve modelin anlamlı olduğu görülmüştür. Ancak ki-kare değeri örnek büyüklüğüne çok duyarlı olduğundan, model ile veri arasındaki uyumu değerlendirmede bu değer tek başına yeterli değildir. Bu nedenle diğer uyum değerlerine de bakılmıştır. Ölçüm modeli için elde edilen uyum indeks değerleri incelendiğinde ise, χ^2 /sd, IFI, TLI, AGFI, GFI, CFI, RMSEA ve SRMR değerlerinin yeterli uyum gösterdiği görülmüştür. Bu nedenle modelde herhangi bir modifikasyon yapılmamıştır (Tablo 4).

Tablo 5. Taburculuğa hazır olma hemşire değerlendirme formu ile hasta değerlendirme formunun arasındaki ilişkinin incelenmesi (Hemşire: 160, Hasta:160)

		Hasta					
		Kişisel Durum	Bilgi	Algılanan Başa Çıkma	Beklenen Destek	Toplam Ölçek	
Hemşire	Fiziksel Durum	r	,362**	,214**	,357**	0,004	,295**
		p	0,000	0,007	0,000	0,964	0,000
		N	160	160	160	160	160
	Bilgi	r	,244**	,460**	,367**	0,118	,412**
		p	0,002	0,000	0,000	0,138	0,000
		N	160	160	160	160	160
	Algılanan Başa Çıkma	r	,256**	,383**	,502**	0,104	,429**
		p	0,001	0,000	0,000	0,189	0,000
		N	160	160	160	160	160
	Beklenen Destek	r	0,101	0,153	0,128	,411**	,324**
		p	0,202	0,053	0,106	0,000	0,000
		N	160	160	160	160	160
	Toplam Ölçek	r	,282**	,365**	,401**	,236**	,457**
		p	0,000	0,000	0,000	0,003	0,000
		N	160	160	160	160	160

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

Paralel form güvenirliği: Tablo 5 incelendiğinde, hemşire formu “Fiziksel Durum” alt boyut puan ortalamaları ile hasta formu “Fiziksel Durum” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmaktadır ($r = ,36$). Hemşire formu “Bilgi” alt boyut puan ortalamaları ile hasta formu “Bilgi” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmaktadır ($r = ,46$). Hemşire formu “Algılanan Başa Çıkma” alt boyut puan ortalamaları ile hasta formu “Algılanan Başa Çıkma” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmaktadır ($r = ,50$). Hemşire formu “Beklenen Destek” alt boyut puan ortalamaları ile hasta formu “Beklenen Destek” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmaktadır ($r = ,41$). Hemşire formu “Toplam Ölçek” puan ortalamaları ile hasta formu “Toplam Ölçek” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmaktadır ($r = ,45$).

Tartışma

Ölçeğin Türkçe uygulanabilir duruma gelmesi için ilk önce gerekli dil geçerliği çalışmaları yapılmıştır. Bunun için çeviri-geri çeviri tekniği kullanılmıştır. İki dili de akıcı konuşabilen iki uzman tarafından ölçeğin çevirileri yapılmış ve araştırmacı bu iki formu karşılaştırarak özetleme yapmıştır (Çapık, Gözüm ve Aksayan, 2018). Bu özetlemede ölçeğin daha önce geliştirilen hasta formundaki paralel sorular da dikkate alınmıştır (Kaya ve ark., 2018).

Çeviriden sonraki aşamada ölçeğin kapsam geçerliğine bakılmış ve uzman paneli kullanılmıştır. Burada uzmanlar hem dil hem kapsam açısından değerlendirme yapmıştır. Kapsam geçerliğinde en az üç, en fazla yirmi uzman görüşü alınmasının uygun olduğu bildirilmektedir. KGİ ,80’den büyük ise ölçeğin madde kapsam geçerliği açısından yeterli olduğu savunulmaktadır (Esin, 2014). Araştırmada altı uzmanın görüşü alındıktan sonra hesaplanan KGİ değeri ,98 olarak bulunmuştur. Ölçeğin KGİ değerinin iyi düzeyde olması, ölçeğin Türkçe formunun uzmanlar arasında ölçüm amacına uyduğunu göstermektedir.

Ölçekte yer alan maddelerin alt boyutu ile olan ilişkisini gösteren faktör yüklerinin en az ,30 ve üzerinde olması önerilmektedir (Harrington, 2009). Ölçeğin uyarlanması çalışmasında tüm maddelerin faktör yükleri ,84 ile ,97 arasında olmak üzere yeterli düzeyde bulunmuştur.

Doğrulamalı faktör analizi sonuçlarında ikinci olarak uyum iyiliği değerleri incelenmektedir. Modelin veriye uyumunun değerlendirilmesinde en yaygın olarak ki-kare testi kullanılmasına karşın ki-kare testinin örneklem büyüklüğüne duyarlı olması nedeniyle ki-kareye alternatif birçok uyum iyiliği değeri geliştirilmiştir. İlk olarak GFI’e (Goodness of Fit Index) dayanan uyum iyiliği değerleri incelenmelidir. GFI temel olarak sample kovaryanslar ile implied kovaryanslar arasındaki farkı yeniden ölçeklendirerek uyumsuz bir model için 0, kusursuz uyuma sahip model için 1 değerini üretmektedir. Genel olarak ,90 ve üzerinde GFI değerine sahip modeller kabul edilebilir uyum gösteren modeller olarak belirtilmektedir. GFI, çalışmalarda sık rapor edilen bir uyum iyiliği ölçüsü olmasına karşın, örneklem büyüklüğü ve özellikle modelin karmaşıklığından etkilenmektedir. AGFI (Adjusted goodness of fit index) ise GFI değerinden türetilen düzeltilmiş uyum iyiliği değeridir. Aynı şekilde ,90 ve üzerinde AGFI değerine sahip modeller kabul edilebilir uyum gösteren modeller olmaktadır (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2010). Bu çalışmada AGFI değeri ,92 olarak belirlenmiştir.

İkinci olarak Baseline (sıfır ya da independence) modele dayanan uyum iyiliği değerleri incelenmektedir. Bu başlık altında incelenen uyum iyiliği değerlerinin temel mantığı, kuram sonucu oluşturulan ve parametre değerleri üretilen modelin, olabilecek en kötü modele kıyasla ne kadar iyi olduğudur. Bunlar, IFI (Incremental Fit Index), TLI (Tucker-Lewis Index) ve CFI (Comparative Fit Index) uyum iyiliği değerleridir. IFI değerinin bu gruptaki uyum iyiliği değerleri gibi 0,90’ın üzerinde olması yeterli uyumun göstergesi olarak kabul edilmektedir. Göreceli olarak örneklem büyüklüğüne karşı daha az duyarlı olduğu için bazı araştırmacılar tarafından daha çok tercih edilmektedir. TLI ya da diğer adıyla NNFI (Non-Normed Fit Index) değeri, uyum iyiliği değerleri arasında örneklem büyüklüğünden en az etkilenen uyum iyiliği değerlerinden biri olmaktadır. Bu nedenle çok sık raporlanmaktadır. Yine ,95’in üzerindeki değerler modelin iyi uyumunu, ,90’ın üzerindeki değerler ise modelin kabul edilebilir uyumunu göstermektedir. Hatta bazı kaynaklarda yeterli uyumun derecesi ,80’e kadar düşebilmektedir (Karagöz, 2016). Bu çalışmada, IFI ve NNFI değerlerinin ,90’ın üzerinde olması modelin iyi uyumunu göstermektedir. CFI (Comparative Fit Index) değeri de 1’in üzerine çıkar ya da 0’ın altına inerse o değerler 0 ya da 1’e sabitlenmektedir (Erkorkmaz, Etikan, Demir, Özdamar ve Sanişoğlu, 2013). Bu çalışmada CFI değeri ,99 olarak bulunmuştur.

RMSEA (Root Mean Square of Error Approximation) değeri $RMSEA = \sqrt{(F0 / df)}$ olarak hesaplanabilen ve serbestlik derecesi başına hesaplanan bir uyumsuzluktur. Diğer değerler gibi örneklem büyüklüğüne karşı az duyarlı, modelin karmaşıklığına ise duyarlıdır. Ancak serbestlik derecesinin modelin karmaşıklığının bir ölçüsü olmaması nedeniyle RMSEA değeri daha önemli olmaktadır. SRMR (Standardized RMR) değeri ise gözlenen ve tahmin edilen kovaryanslar arasındaki farkı belirtmektedir. RMSEA ve SRMR için ,08’in altındaki değerler kabul edilebilir uyuma, ,05’in

altındaki değerler ise iyi uyuma işaret etmektedir (Wortington ve Whittaker 2006). Çalışmada RMSEA ve SRMR değerleri ,05'in altında ya da eşit çıkmıştır.

Güvenirlik bir ölçüm aracının aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde birbiriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları vermesi olarak belirtilmektedir (Tezbaşaran, 2008; Tavşancıl, 2010). Bir ölçüm aracının güvenilirliğinin belirlenmesinde yaygın olarak test-tekrar test, paralel form güvenilirliği, bağımsız gözlemciler arası güvenilirlik ve iç tutarlılık yöntemleri kullanılmaktadır (Tavşancıl, 2010). Ölçeğin güvenilirliğinin belirlenmesinde madde toplam korelasyon analizi, iç tutarlılık ve paralel form yöntemleri kullanılmıştır.

Madde toplam korelasyon analizi, ölçüm aracının maddeleri ile ölçek toplamı arasındaki ilişkinin bulunmasında kullanılan bir yöntemdir. Her madde ile ölçek toplam puanı arasındaki korelasyonları pearson momentler çarpımı yöntemiyle hesaplanmaktadır. Madde analizlerinde pearson korelasyon katsayısı değerleri; 0- ,25 (çok zayıf), ,26- ,49 (zayıf), ,50- ,69 (orta), ,70- ,89 (yüksek), ,90-1,00 (çok yüksek) olarak değerlendirilmektedir (Kalaycı, 2014). Ölçeğin alt boyutlarının toplam ölçek puanıyla korelasyonları incelendiğinde, güvenilirlik katsayıları $r = ,56$ ile ,81 olarak saptanmıştır ($> ,30$). Ayrıca maddeler incelendiğinde Cronbach alfa katsayısını negatif etkileyen madde olmadığı görülmüştür.

Likert tipi ölçeklerde iç tutarlılığın belirlenmesinde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı, ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının bir ölçüsü olmaktadır (Tavşancıl, 2010). Ölçeğin iç tutarlılık analiz sonuçlarına göre, tüm ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ,89 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı; fiziksel durum alt boyutunda ,88, bilgi alt boyutunda ,93, algılanan başa çıkma alt boyutunda ,88, beklenen destek alt boyutunda ,93 olarak bulunmuştur (Tablo 2). Ölçeği geliştiren Weiss ve arkadaşları (2014) ölçeğin Cronbach alfasını ,75 olarak belirlemişlerdir.

Paralel form güvenilirliği için aynı şeyi ölçen iki farklı ölçek uygulanmakta ve arasında korelasyon olup olmadığına bakılmaktadır. Korelasyon arttıkça ölçeğin aynı şeyi ölçebilme derecesi artmaktadır (Aktürk ve Acemoğlu, 2012). Bu çalışmada, hemşire formu ile hasta formu arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulunduğu görülmüştür ($r = ,45$).

Sonuç ve Öneriler

Türkçeye uyarlaması yapılan “Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire Değerlendirme Kısa Formu” hemşirelerin yetişkin hastaların taburculuğa hazır olup olmadıklarının belirlenmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olmaktadır. Ölçek, hastanın taburculuk sürecini daha etkili geçirmesini, taburculuğa hazır olmanın hemşireler tarafından belirlenebilmesini ve hasta taburculuğa hazır değilse gerekli önlemlerin alınmasını sağlayacaktır. Böylelikle hastanın taburculuk sürecine hazır olarak başlamasının yeniden yatışlar üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu form kullanılarak, hastaların taburculuğa hazır olma durumlarının hemşireler tarafından değerlendirilmesi önerilmektedir.

Etik Kurul Onayı: Trakya Üniversitesi Etik Kurul'undan (2019 yıl ve 132 sayılı) etik onay alınmıştır.

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yoktur.

Katılımcı Onamı: Katılımcıların yazılı onamları alınmıştır.

Ethics Committee Approval: Received from Trakya University Ethics Committee (2019/132).

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Exhibitor Consent: Written consents of the participants were obtained.

Kaynaklar

Aktürk, Z. & Acemoğlu, H. (2012). Tıbbi araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlilik. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(2), 316-319. <https://doi.org/10.5798/diclemedj.0921.2012.02.0150>

Bradley, E. H., Curry, L., Horwitz, L. I., Sipsma, H., Thompson, J. W., Elma, M. ... Krumholz, H. M. (2012). Contemporary evidence about hospital strategies for reducing 30-day readmissions: A national study. *Journal of the American College of Cardiology*, 60(7), 607-614. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2012.03.067>

- Bradley, E. H., Curry, L., Horwitz, L. I., Sipsma, H., Wang, Y., Walsh, M. N. ... Krumholz, H. M. (2013). Hospital strategies associated with 30-day readmission rates for patients with heart failure. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 6(4), 444-450.
<https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.111.000101>
- Bobay, K. L., Jerofke, T. A., Weiss, M. E. & Yakusheva, O. (2010). Age-related differences in perception of quality of discharge teaching and readiness for hospital discharge. *Geriatric Nursing*, 31(3), 178-187.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2010.03.005>
- Chung, F. (1995). Recovery pattern and home-readiness after ambulatory surgery. *Anesthesia Analgesia*, 80(5), 896-902.
<https://doi.org/10.1213/00000539-199505000-00008>
- Çapık, C., Gözüm, S. & Aksayan, S. (2018). Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: güncellenmiş rehber. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(3), 199-210.
<https://doi.org/10.26650/FNJJN397481>
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. & Büyükköztürk, Ş. (2010). *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik SPSS ve LISREL uygulamaları*. Ankara, Türkiye: Pegem Net.
- Erkorkmaz, Ü., Etikan, İ., Demir, O., Özdamar, K., Sanışoğlu, S. Y. (2013). Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33(1), 210-23.
<https://doi.org/10.5336/medsci.2011-26747>
- Esin, N. (2014). Veri toplama yöntem ve araçları & Veri toplama araçlarının güvenilirlik ve geçerliği. İçinde S. Erdoğan, N. Nahcivan, N. Esin (Eds.), *Hemşirelikte Araştırma*, (pp.195-226). İstanbul: Türkiye: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Fenwick, A. M. (1979). An interdisciplinary tool for assessing patients' readiness for discharge in the rehabilitation setting. *Journal of Advanced Nursing*, 4(1), 9-21.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1979.tb02984.x>
- Galvin, E. C., Wills, T., Coffey, A. (2017). Readiness for hospital discharge: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 73(11), 2547-2557.
<https://doi.org/10.1111/jan.13324>
- Harrington, D. (2009). *Confirmatory Factor Analysis*. New York, USA: Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195339888.001.0001>
- Harrison, J. D., Greysen R. S., Jacolbia R., Nguyen A. & Auerbach A. D. (2016). Not ready, not set... discharge: Patient-reported barriers to discharge readiness at an academic medical center. *Journal of Hospital Medicine*, 11(9), 610-614.
<https://doi.org/10.1002/jhm.2591>
- Joynt, K. E., Sarma, N., Epstein, A. M., Jha, A. K. & Weissman, J. S. (2014). Challenges in reducing readmissions: lessons from leadership and frontline personnel at eight minority-serving hospitals. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 40(10), 435-443.
[https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(14\)40056-4](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(14)40056-4)
- Kalaycı, Ş. (2014). *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri*. Ankara, Türkiye: Asil Yayın.
- Karagöz, Y. (2016). *SPSS ve AMOS 23 uygulamaları*. Ankara, Türkiye: Nobel Yayıncılık.
- Kaya, S., Güven, G. S., Teleş, M., Korku, C., Aydan, S., Kar, A., ... Yıldız, A. (2018). Validity and reliability of the Turkish version of the readiness for hospital discharge scale/short form. *Journal of Nursing Management*, 26, 295-301.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12547>
- Knier, S., Stichler, J. F., Ferber, L. & Catterall, K. (2015). Patients' perceptions of the quality of discharge teaching and readiness for discharge. *Rehabilitation Nursing*, 40(1), 30-39.
<https://doi.org/10.1002/rnj.164>

- Lau, D., Padwall, R. S., Majumdar, S. R., Pederson, J. L., Belga, S., Kahlon, S. ... McAlister, F. A. (2016). Patient-reported discharge readiness and 30-day risk of readmission or death: a prospective cohort study. *American Journal of Medicine*, 129(1), 89-95.
<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.08.018>
- Naylor, M. D., Aiken, L. H., Kurtzman, E. T., Olds, D. M. & Hirschman, K. B. (2011). The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Affairs*, 30(4), 746-754.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0041>
- Tavşancıl, E. (2010). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi* (4. baskı), Ankara, Türkiye: Nobel Yayıncılık.
- Tezbaşaran, A. (2008). *Likert tipi ölçek hazırlama kılavuzu*. https://www.academiaedu/1288035/Likert_Tipi_Ölçek_Hazırlama_Kılavuzu. (Eriřim: 07.10.2019)
- Wallace, A. S., Perkhounkova, Y., Bohr, N. L. & Chung, S. J. (2016). Readiness for hospital discharge, health literacy, and social living status. *Clinical Nurse Research*, 25(5), 494-511.
<https://doi.org/10.1177/1054773815624380>
- Weiss M. E. & Piacentine, L. B. (2006). Psychometric properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 14(3), 163-80.
<https://doi.org/10.1891/jnm-v14i3a002>
- Weiss, M. E., Piacentine, L. B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S. ... Vega-Stromberg, T. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist*, 21(1), 31-42.
<https://doi.org/10.1097/00002800-200701000-00008>
- Weiss, M., Yakusheva, O. & Bobay, K. (2010). Nurse and patient perceptions of discharge readiness in relation to postdischarge utilization. *Medical Care*, 48(5), 482-6.
<https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181d5feae>
- Weiss, M. E., Yakusheva, O. & Bobay, K. L. (2011). Quality and cost analysis of nurse staffing, discharge preparation, and postdischarge utilization. *Health Services Research*, 46(5), 1473-94.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01267.x>
- Weiss, M. E., Costa, L. L., Yakusheva, O. & Bobay, K. L. (2014) Validation of patient and nurse short forms of the readiness for hospital discharge scale and their relationship to return to the hospital. *Health Services Research*, 49(1), 304-17.
<https://doi.org/10.1111/1475-6773.12092>
- Weiss, M. E., Yakusheva, O., Bobay, K. L., Costa, L., Hughes, R. G., Nuccio, S. ... Bang, J. (2019). Effect of implementing discharge readiness assessment in adult medical-surgical units on 30-day return to hospital: The READI randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association Network Open*, 2(1), e187387.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.7387>
- Worthington, R. L. & Whittaker, T. A. (2006). Scale development research: A content analysis and recommendations for best practices. *The counseling psychologist*, 34(6), 806-838.
<https://doi.org/10.1177/0011000006288127>