



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**YATAĞA BAĞIMLI HASTALARIN BAKIM
VERİCİLERİ İÇİN ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ
GELİŞTİRİLMESİ**

Leyla ADIGÜZEL

DOKTORA TEZİ

Prof. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ

TRABZON-2023

İthaf

Bu doktora tezimi, en kıymetli varlığım biricik kızım Gökçe ADIGÜZEL'e ithaf ediyorum.



BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yapıldığını ve yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

10/01/2023

Leyla ADIGÜZEL

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında bilgilerini ve deneyimlerini benimle paylaşan, desteğini ve zamanını hiç bir zaman esirgemeyen, yoluma her daim ışık tutan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ’a,

Tez izleme komitemde değerli fikirleriyle tezime katkıda bulunan, zamanını ve anlayışını esirgemeyen değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK’e ve Sayın Prof. Dr. Nazım Ercüment BEYHUN’a,

Tezime görüşleri ile katkıda bulunan değerli hocalarıma ve çalışmama katılmayı kabul eden kıymetli bakım vericilere,

Üzerimde sonsuz emekleri olan canım annem Fatma ÖZKARA’ya ve babam Hasan ÖZKARA’ya, tüm süreçte beni destekleyen ablam Hülya ZENGİN’e, kız kardeşlerim Derya ÇELİK ve Meryem Nur ADIGÜZEL’e

Doktora eğitimim boyunca hak ettiğı ilgiden ve zamandan fedakârlık ederek beni destekleyen en değerli varlığım kızım Gökçe ADIGÜZEL’e ve eşim Sultan Ahmet ADIGÜZEL’e sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Arş. Gör. Leyla ADIGÜZEL

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

ix

ŞEKİLLER DİZİNİ

x

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

xi

ÖZET

xii

ABSTRACT

xiii

1. GİRİŞ ve AMAÇ1

1

2. GENEL BİLGİLER

4

2.1. Öz Yeterlik

4

2.1.1. Öz Yeterlik Kaynakları

6

2.1.1.1. Doğrudan Deneyimler

6

2.1.1.2. Dolaylı Yaşantılar

6

2.1.1.3. Sözel İkna

7

2.1.1.4. Duygusal ve Fiziksel Durum

7

2.2. Yatağa Bağımlı Hasta

7

2.2.1. Yatağa Bağımlı Hastanın Bakımı

8

2.2.2. Yatağa Bağımlı Hatalarda Ev Ziyaretleri

9

2.2.3. Yatağa Bağımlı Hastada Hemşirelik

10

2.3. Bakım Verici

11

2.3.1. Bakım Vericinin Öz Yeterliği

12

2.4. Öz Bakım Modeli

14

2.4.1. Öz Bakım Kuramı

15

2.4.2. Hemşirelik Sistemi Kuramı

17

2.4.3. Öz Bakım Yetersizliği Kuramı

18

3. GEREÇ ve YÖNTEM

19

3.1. Araştırmanın Tipi

19

3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Yer ve Zaman	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.4. Araştırmaya Kabul Ölçütleri	20
3.5. Veri Toplama Araçları	20
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	20
3.5.2. Taslak Yatağa Bağımlı Hastanın Bakım Vericileri İçin Öz Yeterlilik Ölçeği	20
3.6. Veri Toplama Süreci	21
3.7. Verilerin Analizi	22
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	23
4. BULGULAR	25
4.1. Yatağa Bağımlı Hastaların Bakım Vericileri İçin Öz Yeterlilik Ölçeğinin (BÖYÖ) Geçerlik Bulguları	25
4.1.1. Yüzey Geçerliği	25
4.1.1.1. Madde Havuzunun Oluşturulması	25
4.1.1.2. Akran Değerlendirmesi	25
4.1.1.3. Uzmanların Değerlendirmesi	26
4.1.1.4. Pilot Uygulama	26
4.1.2. Kapsam Geçerliği	26
4.1.3. Yapı Geçerliği	28
4.1.3.1. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)	28
4.1.3.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)	31
4.1.3.3. Yakınsak Geçerliliği ve Ayrışma Geçerliliği	34
4.1.3.4. %27'lik Alt ve Üst Çeyreklik t-testi	34
4.2. Güvenirlik Analizleri	35
4.3. BÖYÖ'nün Son Yapısı ve Hesaplanması	39
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	47
7. KAYNAKLAR	48
EKLER	61
EK 1. Kişisel Bilgi Formu	62
Ek 2. Bakım Verici Öz Yeterlilik Ölçeği	63
Ek 3. Açıklayıcı Faktör Analizi Örneklemi Kurum İzinleri	64

Ek 4. Doğrulayıcı Faktör Analizi Örnekleme Kurum İzinleri	71
Ek 5. Etik Kurul İzni	72
Ek 6. Bilgilendirilmiş Onam Formu	75
Ek 7. Uzman Görüş Formu	76
ÖZGEÇMİŞ	82



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. BÖYÖ geliştirme ve veri toplama süreç takvimi	22
Tablo 2. BÖYÖ İstatistiksel Analizinde Kullanılan Testler	23
Tablo 3. BÖYÖ ölçek maddelerine ilişkin basıklık ve çarpıklık değerleri	28
Tablo 4. BÖYÖ alt boyutlarına göre ölçek maddeleri ve faktör yük değerleri	30
Tablo 5. Doğrulayıcı Faktör Analizi İndeks Değerleri	32
Tablo 6. Doğrulayıcı faktör analizi faktör yükleri	33
Tablo 7. BÖYÖ CR ve AVE Değerleri	34
Tablo 8. BÖYÖ Puanlarının Alt %27-Üst %27 Gruplarına Göre Ortalamaları	35
Tablo 9. BÖYÖ güvenirlik analizi bulguları	36
Tablo 10. Ölçek Geneli Madde Toplam Korelasyon Değerleri	37
Tablo 11. AFA için ölçek toplam ve alt boyutları arasındaki korelasyon değerleri	38
Tablo 12. BÖYÖ'nün test-tekrar test puan korelasyonları ve karşılaştırması	39
Tablo 13. BÖYÖ Ölçek Maddeleri ve Puan Aralıkları	39

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1. BÖYÖ faktör saçılım grafiği	29
Şekil 2. Doğrulayıcı faktör analizine ilişkin path diyagramı	31



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

AFA	Açıklayıcı Faktör Analizi
AGFI	Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi
AVE	Ortalama Açıklanan Varyans (Average Variance Extracted)
BÖYÖ	Bakım Verici Öz Yeterlilik Ölçeği
CFI	Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
CR	Yapı Güvenilirliği(Composite Reliability)
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
GFI	Uyum İndeksi
KGİ	Kapsam Geçerlilik İndeksi
KGO	Kapsam Geçerlilik Oranı
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
RMR	Artık Kareler Ortalamasının Karekökü
RMSEA	Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü
TDK	Türk Dil Kurumu
YEM	Yapısal Eşitlik Modeli

Simgeler

β	Beta
---------	------

ÖZET

Yatağa Bağımlı Hastaların Bakım Vericileri İçin Öz Yeterlik Ölçeğinin Geliştirilmesi

Yatağa bağımlı hastanın evde bakımı gibi maliyetli ve uzun bir süreçte bireylerin öz yeterliliğinin yüksek olması beklenmektedir. Çalışma yatağa bağımlı hastaların bakım vericilerinin öz yeterlilik düzeyini belirleyecek geçerliliği ve güvenirliği sağlanmış bir ölçme aracı geliştirilmek üzere yürütülmüştür. Açıklayıcı faktör analizini Trabzon il merkezinde ikamet eden 314 bakım verici oluştururken, doğrulayıcı faktör analizine ait örneklemi Rize il merkezinde ikamet eden 257 bakım verici oluşturmaktadır. Test tekrar test 55 bakım verici ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanması kapsamında Kişisel Bilgi Formu ve Bakım Verici Öz Yeterlilik Ölçeği kullanılmıştır. Taslak Bakım Verici Öz Yeterlilik Ölçeği kapsam geçerlik indeksi 0.705 bulunmuştur. Açıklayıcı faktör Analizine ilişkin Kaiser-Meyer-Olkin değeri 0.913 ve Bartlett testi $X^2=5733.750$ bulunmuştur. Açıklayıcı faktör analizi sonrası Bakım verici öz yeterlilik ölçeği 29 maddeden meydana gelmektedir. Bu maddelerden 9 adet sosyal destek alt boyutunda, 10 adet bakım verme alt boyutunda, 6 adet stres yönetimi alt boyutunda ve 4 adet hastalık bilgisi alt boyutunda yer almaktadır. Bakım Verici Öz Yeterlilik Ölçeği açıklanan varyans değeri %59,246 bulunmuştur. Açıklayıcı faktör analizinde faktör yük değerleri incelendiğinde 0.644 ile 0.840 arasında değiştiği belirlenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizine ait X^2/Sd değeri 3.10, RMSEA değeri 0.0.70, CFI değeri 0.90, NFI değeri 0.90'dır. Bakım Verici Öz Yeterlilik Ölçeği uyum indeks değerleri iyi düzeydedir ve açıklayıcı faktör analizinde şekillenen yapıyı doğrulamaktadır. DFA için Spearman-Brown=0.837, Guttman Split-Half=0.836 ve Cronbach Alpha değeri 0.939 olarak belirlenmiştir. Madde toplam madde korelasyon değerleri 0.356-0.689 aralığında, test-tekrar test analiz sonucu $r= 0.735$ ($p<0.001$) ve $t= 0.897$ ($p>0.05$) bulunmuştur.

Sonuç olarak BÖYÖ yatağa bağımlı hastaların bakım vericilerinin öz yeterlilik düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracıdır.

Anahtar Sözcükler: Bağımlı Hasta, Bakım Verici, Öz Yeterlilik, Yatağa Bağımlı Hasta.

ABSTRACT

Development of Self-Efficacy Scale for Caregivers of Bedridden Patients

It is expected that the self-efficacy of individuals will be high in a costly and long process such as home care of the bedridden patient. The study was conducted to develop a valid and reliable measurement tool to determine the self-efficacy level of caregivers of bedridden patients. The explanatory factor analysis consists of 314 caregivers residing in the city center of Trabzon, while the sample of confirmatory factor analysis consists of 257 caregivers residing in the city center of Rize. Test-retest was performed with 55 caregivers. Personal Information Form and Caregiver Self-Efficacy Scale were used to obtain the data. The content validity index of the draft Caregiver Self-Efficacy Scale was found to be 0.705. Kaiser-Meyer-Olkin value for Explanatory Factor Analysis was found 0.913 and Bartlett test $X^2=5733.750$. After the explanatory factor analysis, the Caregiver Self-Efficacy Scale consists of 29 items. Among these items, there are 9 social support sub-dimensions, 10 care-giving sub-dimensions, 6 stress management sub-dimensions and 4 disease information sub-dimensions. The variance explained in the Caregiver Self-Efficacy Scale was 59.246%. In the explanatory factor analysis, factor loading values ranged between 0.644 and 0.840. The X^2/Sd value of the confirmatory factor analysis was 3.10, the RMSEA value was 0.070, the CFI value was 0.90, and the NFI value was 0.90. The Caregiver Self-Efficacy Scale fit index values are at a good level and confirm the structure formed in the explanatory factor analysis. Spearman-Brown=0.837, Guttman Split-Half=0.836 and Cronbach Alpha value for Caregiver Self-Efficacy Scale were determined as 0.939. Item-total Correlation ratios varied of 0.356-0.689, test-retest analysis results were $r= 0.735$ ($p<0.001$) and $t= 0.897$ ($p>0.05$).

As a result, Caregiver Self-Efficacy Scale is a valid and reliable measurement scale that can be used to determine the self-efficacy levels of caregivers of bedridden patients.

Keywords: Bedridden Patient, Caregiver, Dependent Patient, Self-Efficacy.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Öz yeterlilik kavramı, bireyin bir işi başlangıcından sonuna kadar eksiksiz ve doğru şekilde yapabileceğine ve bunun için gerekli olan bilgi, beceri ve kararlılığa sahip olduğuna duyduğu inanç olarak tanımlanabilir (1, 2). Bazı kaynaklarda ise öz yeterlilik, bireyin sağlığı geliştiren davranışları gerçekleştirebileceğine olan inancı olarak tanımlanmaktadır (3-5). Öz yeterlilik bireyin kendisini motive ediş şeklini, düşüncelerini ve hislerini belirler. Öz yeterlilik düzeyi bireyin önceki deneyimlerinden, benzer durumlara daha önce şahitlik edip etmediğinden, çevre desteğinden ve kendi psikolojik durumundan etkilenmektedir. Öz yeterlilik düzeyi düşük olan bireyler sorunlar karşısında daha kolay vazgeçen ve tehdit algıladıklarında çaba göstermekten vazgeçip görevi terk eden bireyler olabilmektedir. Öz yeterliliği yüksek olan bireyler ise genellikle daha kararlı, engelleri aşmak için daha ısrarcı ve başarısızlık durumunda hızlı toparlanabilen bireylerdir Devamlı bakım gibi süreçlerde konuya yönelik yeterli olma durumu daha fazla önemlidir (1-3, 5-7).

Artan yaşam ömrü beraberinde yaşlılıkla ilgili sorunları ve kronik hastalıkları getirmektedir. Kronik hastalıklar ve ilerleyen yaş ile birlikte bireyler öz bakım gereksinimlerini karşılayamaz duruma gelebilmektedir. Orem'in öz bakım kuramına göre bireyin öz bakım gereksinimlerini karşılayamaması durumunda başkalarının bakımına ihtiyaç duyulur (8). Sağlık kurumlarında bu durumdaki bireylere donanımlı ve etkin bir sağlık bakımı sunulmaktadır. Kronik hastalıklar, yatağa kısmen veya tamamen bağlı kalma durumlarında bireyin bakımı sağlık kurumlarından sonra evde devam etmektedir. Ev ortamında sunulan sağlık hizmetinde amaç, bireyi kendi ortamında en rahat ve daha bağımsız bir şekilde yaşatmak için bakım vericiler ve sağlık kurumları arasında işbirliğinin sağlanmasıdır (9). Evde bakım hizmetleri için ülkemizde profesyonel sağlık ekibi eşliğinde devlet tarafından desteklenen bir hizmet sunulmaktadır (9, 10). Evde bakım ihtiyacı belirlenen kişilere bu ekip tarafından belirlenen bir program içeriğinde evde ziyaretler yapılmaktadır. Bu ziyaretler sırasında hastanın tedavi ve bakım ihtiyaçlarına yönelik girişimler uygulanmaktadır. Bu uygulamaları planlamada öncelik hastanın en önemli ihtiyaçları doğrultusunda olmaktadır. Yara bakımı, ağızdan ilaç tedavisi, katater uygulaması, intravenöz tedaviler, enjeksiyon uygulamaları, parenteral besleme, pansuman, aşı uygulaması, malzeme ve cihaz temini, sürekli ilaçların raporlandırılması gibi işlemler bu uygulamalar arasında yer almaktadır (9, 11, 12).

Sağlık sistemi tarafından verilen evde bakım hizmeti belli bir süre sonra ya rutin tedaviye/bakıma dönüşmekte ya da yeterli personel olmadığından bu hizmet aile bireylerine devredilebilmektedir. Bu durumda hastaya bakım verenler hastanın tüm tedavi ve bakımından sorumlu olmak zorunda kalmaktadırlar (9). Bireye evde sunulan bakımın kaliteli olması için bakım veren kişinin/kişilerin bu konuda yeterli bilgiye, beceriye ve isteğe sahip olması gerekmektedir (13). Bakım vericilerin hastanın hastalığı, tedavisi ve bakım konularına yönelik acil durumlarda da neler yapacağını farkında olması gerekmektedir. Hasta bakımında kendini yeterli hissetmeyen bakım vericiler hem kendilerine hem de baktıkları kişiye zarar verebilirler (14, 15).

Evde bakımı destekleyen sağlık politikaları ve evde bakımın avantajlarını gösteren çalışmalar bu hizmetin sunumuna ivme kazandırmaktadır. Geleneksel toplumlarda yatağa bağımlı ya da bakıma muhtaç hastalar kurumlara yerleştirilmek yerine yaşamlarının son evrelerini daha çok yaşadıkları ev ortamında geçirmektedir (10, 13, 16, 17). Yatağa bağımlı hastalarda yatak yarası, solunum sıkıntısı, enfeksiyon, kişisel hijyenin bozulması, çiğneme ve yutma kabiliyetlerinin zamanla kaybolması, yeme kabiliyetinin azalmasına bağlı beslenme bozuklukları, aspirasyon riski, boşaltım sorunları, emboli riski, ilgi eksikliği, uyku sorunları, çoklu ilaç kullanımı, iletişim sorunları, aktivite düzeyinin azalması, kontraktür, deformite, atrofi, dispne ve strese bağlı psikiyatrik bozukluklar gibi birçok problemlerle sıklıkla karşılaşmaktadır (17). Yatağa bağımlı hasta bakımının bu gibi sorunlar nedeniyle kompleks bir süreç olması evde hastasına bakım veren bireylerin öz yeterliliklerini de profesyonel sağlık ekibi kadar önemli hale getirmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda, çeşitli gruplarda farklı hastalıklara sahip bireylere bakım veren bireylerin ya da bakım alan hastaların öz yeterlilikleri incelenmiş ve öz yeterlilik kavramının bakımın kalitesini, hastanın yaşam kalitesini ve bakım vericinin yükünü etkilediği belirlenmiştir(2, 18-25). Özellikle yatağa bağımlı hastaların uzun süre zorunlu olarak evde tedavi ve bakımının olduğu ve hasta adına karar vermek ya da yapmak için harekete geçenin bakım verici olduğu düşünüldüğünde bu yükün fazlalığı açıkça görülebilmektedir. Yatağa bağımlı hastalar ya kısmen ya da tamamen yatağa bağımlı olarak hayatlarını devam ettirmektedirler. Her iki durumda da bakım vericiler hastaların günlük yaşantılarını planlayan, uygulayan ve denetleyen ve hastanın bu süreci içerisine kendi hayatının akışını da ilave etmesi gerekmektedir. Bu durumda hem hastaya hem de kendine yönelik yaklaşımında yeterli olma duygusu önemli olmaktadır (26).

Hemşirelik alanında ve bakım konusunda literatür incelendiğinde öz yeterliliği ölçen birçok ölçeğe rastlanmıştır. Ancak bu ölçekler genellikle spesifik konular ya da hasta grupları için geliştirilmiş ölçeklerdir (2, 7, 27-35). Cavkaytar ve arkadaşlarının Türkçe geçerlik ve güvenirliğini yürüttüğü Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği (36), Erci ve Sarıtaş'ın Türkçeye uyarladığı Uyuşturucudan Kaçınma Öz Yeterlilik Ölçeği (27), Karaca ve Telef'in Türkçeye uyarladığı Çocuklar İçin Öz-Yeterlik Ölçeği, Çelik'in Türkçe geçerlik güvenirliğini yaptığı Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği (37), Adadıoğlu ve Oğuz'un Türkçeye uyarladığı Epilepsi Öz Yeterlik Ölçeği (38) bu ölçeklere örnek gösterilmektedir. Ayrıca Gözümlü ve Aksayan'ın 1999 yılında Türkçeye uyarladığı Genel Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği de bulunmaktadır. Ölçeğin 23 maddelik Türkçe çevirisi üzerinde çalışan Gözümlü ve Aksayan elde ettikleri ölçek yapısının orijinal versiyonla örtüşmediğini ve bazı maddelerin ait oldukları faktörle iyi uyum göstermediğini belirtmişlerdir. Genel olarak değerlendirildiğinde Genel Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu görülmektedir. Özellikle yatağa bağımlı bireylerin bakım vericilerine yönelik ölçeklerin yetersiz olması dikkat çekicidir. Yatağa bağımlı olmak zorunda olan hastalar da bakım vericinin öz yeterliliği bakım sürecini büyük ölçüde etkilemektedir. Öz yeterlilik motivasyonun anahtarıdır. Yaptığı işte kendini yeterli hisseden bakım verici hem kendi hem de baktığı kişi için daha faydalı olacak ve kendini bakım vermede yeterli hissedecektir. Bakım verme ile ilgili bu yeterliliği hastasına uygulama yaparken hatasının farkında olmasını etkileyecek ve böylece daha az hata yapmasına fayda sağlayacaktır (1,3). Buna ilaveten kendini psikolojik olarak daha rahat hissetmesi nedeni ile kendi hayatına yönelik daha etkili planlamalar yapabilecektir. Hem hasta hem de bakım vericiye yönelik girişimler bakım vericilerin hangi konularda yeterli olduğu, neler bildiği veya bilmediğini belirleyecek bir ölçme aracı doğrultusunda yapılması mümkündür.

Bu doğrultudan bakıldığında bu çalışma ile yatağa bağımlı hastaların bakım vericilerinin öz yeterlilik düzeylerini ve boyutlarını belirleyecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Yatağa Bağımlı Hastaların Bakım Vericileri İçin Öz Yeterlilik Ölçeği geçerli bir ölçme aracı mıdır?
- Yatağa Bağımlı Hastaların Bakım Vericileri İçin Öz Yeterlilik Ölçeği güvenilir bir ölçme aracı mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde öz yeterlilik kavramına, öz yeterlilik kaynaklarına, yatağa bağımlı hastaya, yatağa bağımlı hastanın bakımına, yatağa bağımlı hastanın hemşirelik bakımına, yatağa bağımlı hastada ev ziyaretine, bakım verici kavramına, bakım vericinin öz yeterliliğine ve öz bakım modeline yer verilmiştir.

2.1. Öz Yeterlilik

Öz yeterlilik bireyin yüklendiği sorumluluğu layıkıyla yerine getirebileceğine olan inancıdır. Öz yeterlilik bireyin bilgi, beceri, tecrübe gibi kişisel faktörlerden etkilendiği gibi çevresel faktörlerden de etkilenmektedir. Öz yeterlilik kavramını ilk olarak Amerikalı bir psikolog olan Bandura ortaya koymuştur. Bandura ya göre öz yeterlilik “ bireylerin belirlenmiş bir verime ulaşabilmelerini sağlayacak tüm fiilleri örgütleme ve gösterme becerileri ile ilgili yargıları” şeklinde tanımlanmaktadır. Öz yeterlilik kavramı bireyin karşılaştığı durumlarla baş edebilmesine yönelik kendi yargısı olarak da ifade edilmektedir. Öz yeterlilik kavramını tanımlarken özellikle vurgulanması gereken nokta bireyin baş edebilme becerisinden değil bu beceriyi kullanabileceğine inancını tanımlamasıdır (39-41). Kişinin bilgi ve beceri olarak yetersiz olması kendine inancı olmadığı başka bir deyişle öz yeterliliğinin düşük olacağı anlamını taşımamaktadır. Güçlü bir öz yeterlilik başarı ve iyilik halini sağlarken kişisel gelişimi ve becerilerin artmasını sağlamaktadır (35). Öz yeterliliği yüksek olan birey başarısızlığa uğradığında başarısızlığı kendisine yüklemekten önce kullanılan yöntem ve becerileri gözden geçirmenin gerekli olduğunu düşünmektedir. Bu da bireyin kendisini suçlayarak erken vazgeçmesini engellemektedir. Öz yeterliliği yüksek olan bireylerin ayırt edici özelliği başarısızlık karşısında daha hızlı toparlanıp başarıya giden yolda ısrarla yürümeye çalışmalarıdır (39, 42, 43).

Öz yeterlilik temelde dört bileşenle şekillenmektedir. Birincisi bireyin geçmişteki benzer deneyimleridir. Geçmiş benzer konularda deneyim yaşamak güncel sorunların çözümünde bireyi başarıya yakınlaştırabilmektedir. İkincisi dolaylı yaşantılardır. Diğer bir deyişle birey çevresinde benzer deneyimler gözlemlemişse ve deneyim sahipleri başarıya ulaşmışsa kendisinin de başarılı olabileceğine inancı güçlenmektedir. Kişi böyle örnekleri gördükçe bunu ben de yapabilirim/başarabilirim duygusunu yüklenmektedir. Üçüncüsü sözel iknadır. Birey çevresi tarafından sözel olarak desteklenir ya da eleştirilirse inancı bu eleştirilere göre azalır artabilir. Son olarak ise fizyolojik ve duygusal bileşenler öz

yeterliliğin şekillenmesinde rol sahibidir. Örnek vermek gerekirse kişinin kaygısı ya da mutluluğu öz yeterlilik inancında artışlara ya da azalmalara sebebiyet verebilir (39).

Öz yeterlilik kavramını ele alırken öz etkililik, özsaygı, özgüven gibi kavramlarla olan benzerlik ve ayrışmalara da dikkat çekilmesi gerekmektedir. Özsaygı eylemlerin sonuca ulaşip ulaşmaması ile ilgili değildir. Öz saygı bireyin kendisinden hoşnut olup olmaması ile ilgili iken öz yeterlilik belirli bir konudaki başarıya ulaşabilmek için kişinin kendine inancını ifade etmektedir. Bununla birlikte öz yeterliliğin güdüleme amacı bulunurken öz saygı kişinin başarıya ulaşip ulaşmadığıyla ilgilenmemektedir. Bu iki kavramın arasında ilişki bulunsa da öz saygı kişinin kendisini olduğu gibi kabullenmesinden köken alan bir düşünce yapısıdır (39, 44, 45).

Öz güven kavramı bireyin kendisini değerli hissetmesine dair düşüncesidir. Bir başka tanımında ise özgüven insan yaşamında büyük öneme sahiptir ve insanın istediği gibi davranabilmesi için gerekli olan itici içsel güçtür. Buradan yola çıkarak özgüvenli insanların kendi yaşamlarının seyrine yön verebildikleri ifade edilmektedir (46).

Öz etkililik kavramı ise Türkçe literatürde öz etkililik ve öz yeterlilik kavramları birbirinin yerine kullanılmaktadır (47, 48). Öz etkililik kavramı bireyin bir işi yapabilmesi için gerekli adımları organize edip başarıya ulaşma konusunda kendine olan inancı olarak tanımlanmaktadır (47). Öz etkililik düzeyi yüksek olan bireylerin sağlıklı olmaya daha fazla önem gösterdiği, başarı düzeylerinin daha yüksek olduğu ve daha güçlü sosyal bağlar kurdukları görülmüştür. Başarılı olmaya ve güçlü sosyal gelişime katkı sağladığı da bildirilmektedir (7, 47-49).

Öz yeterlilik bireyin gerçekleştirmeyi planladığı işlerden kaçmak yerine ne kadar zorlayıcı da olsa bu zorluğun üstesinden gelecek kadar güçlü kalabilmeyi ve sonuçta başarıya ulaşmak için kişiyi güdüleyen bir motivasyon aracıdır. Öz yeterlilik değiştirilebilir ve geliştirilebilir bir algıdır (50). Birey tecrübe kazandıkça öz yeterliliği gelişir ve gelecek girişimlerinde başarı ihtimali da buna paralel olarak artar. Öz yeterliliği artırmanın ilk adımın ise bireyin kendini tanıması, yeteneklerinin ve kapasitesinin farkında olmalıdır. Bu farkındalığın oluşması bazen hayatın doğal akışında kendiliğinden gerçekleşirken bazense yönlendirme ve teşvik girişimlerine ihtiyaç duyulmaktadır (1, 47).

Öz yeterliliğin hayatın her alanında yüksek olması istendik bir durumdur. Bu alanda yapılan araştırmalarda yüksek öz yeterlilik algısı olan bireylerin stres ve depresyondan daha az etkilendiği, fiziksel ağrı ve acıya toleranslarının daha yüksek olduğu ve kendilerini

genellikle sağlıklı hissettiklerini bildirdikleri görülmüştür. Öz yeterliliği yüksek bireylerin düşük olanlara göre ameliyat sonrası dönemde daha hızlı iyileştikleri bildirilmiştir. Öz yeterliliğin yüksek oluşu sadece sağlığı değil okul ve iş performansını da etkilemektedir. Buradan yola çıkarak öz yeterliliği yüksek olan bireylerin iş doyumunun daha yüksek olduğu, daha kolay işe odaklanabildikleri ve verilen görevleri daha iyi bir şekilde yerine getirdikleri belirlenmiştir (51).

2.1.1. Öz Yeterlilik Kaynakları

Öz yeterlilik inancının ilk oluşumu nerede başlar sorusuna bebeklik dönemi cevap olarak verilmektedir. Her birey ailesinde edindiği farklı deneyimlerle büyüyüp zamanla farklı öz yeterlik düzeylerine sahip yetişkinlere dönüşmektedir. Bu bireyler yıllar içerisinde edindikleri deneyimleri farklı zaman ve koşullarda test etmektedir. Elde ettiği başarılı sonuçlar öz yeterliliğin gelişimine katkı sağlamaktadır. Birey olma serüvenine uzanan süreçte öz yeterliliği üzerinde sadece ebeveynler değil aynı zamanda akran grupları ve çevre de oldukça etkilidir (1, 51, 52).

Öz yeterliliği oluşturan kaynaklar direkt olarak öz yeterlilik inancına dönüşmez. Birey bu kaynaklardan edindiği deneyimleri yorumlar ve yargıya dönüştürür. Elde edilen yargılar yeterlilik inancını etkiler. Her kaynak aynı etki düzeyine sahip değildir. Öz yeterlilik inancı tek bir kaynaktan elde edilen deneyimlerden etkilenebileceği gibi birden fazla kaynaktan gelen etkilerin birleşimi sonucu da gelişmektedir (1, 52).

Öz yeterliliğin dört kaynak tarafından beslendiğini belirtilmektedir. Bu kaynaklar doğrudan deneyimler, dolaylı yaşantılar, sözel ikna ve duygusal ve fizyolojik durumdur (51, 53, 54).

2.1.1.1. Doğrudan Deneyimler

Birey yüklendiği görevleri gerçekleştirdiğinde geriye yönelik olarak süreci değerlendirir ve yorumlar çıkarır. Bu yorumlarla öz yeterlilik inancı oluşur ya da artar. Benzer bir durumla karşılaştığında birey başarıyla sonuçlandığı bu görevi kaynak olarak daha güvenli şekilde görevi üstlenir. Ters durumlarında başarısızlık yaşadığı alanlara ilişkin yeni görevler bireyi isteksizliğe ve başarısızlığa sevk eder (1, 51, 54).

2.1.1.2. Dolaylı Yaşantılar

Bireyin sadece kendi yaşantılarının yanı sıra başkasının deneyimlerinden de öğrendiği bilinmektedir. Birey model aldığı kişileri ilham ve güdülenme kaynağı olarak

kabul etmektedir. Birey özellikle kendi yeteneklerine güvenemediğinde ya da deneyimsiz olduğu bakım gibi bir görevi gerçekleştirmesi istendiğinde dolaylı yaşantılar yoluyla öğrenmeden faydalanmaktadır. Burada bireyin model aldığı kişinin yaşı eğitimi, cinsiyeti gibi faktörler öz yeterlilik inancında çok etkilidir (1, 51).

2.1.1.3. Sözel İkna

Bireyin üstlendiği bir işte başarıya ulaşacağına inancı üzerinde doğrudan ya da dolaylı deneyimler kadar sözlü değerlendirmelerin de önemli bir etkisi bulunmaktadır. Sözel ikna olarak adlandırılan bu değerlendirmeler olumlu ya da olumsuz etki yaratmaktadır (54). Sözel değerlendirmeler cesaretlendirici ve destekleyici ise bireyin öz yeterlilik inancı güçlenmektedir. Kişinin bakımda başarıya ulaşmasındaki performansına dair yapılan olumsuz değerlendirmeler ise kişinin kendi yeterliliğine olan inancını azaltabilmektedir. Olumlu ve olumsuz değerlendirmelerin etki gücü kıyaslandığında olumsuz değerlendirmelerin öz yeterlilik inancını zedelemekte daha güçlü bir etkiye sahip olduğu görülmüştür (55). Değerlendirmeler kişinin saygı duyduğu birisi tarafından yapıldığında daha etkili olduğu da belirtilmektedir (1, 56, 57).

2.1.1.4. Duygusal ve Fizyolojik Durum

Bireyin fiziken sağlıklı olması ve kaygı ya da stres düzeyinin düşük olması bir görevi gerektiği gibi tamamlayacağına olan inancını artırmaktadır. Depresyon ve umutsuzluk gibi olumsuz koşulların ise kişinin kendine inancını zayıflattığı belirlenmiştir. Bireyin beklentisi, gücü, incinebilirliği ve vücudun verdiği geribildirimler duygusal ve fiziksel durumu oluşturmaktadır (44, 51, 54).

2.2. Yatağa Bağımlı Hasta

Bireyler yaşamları boyunca çeşitli nedenlerle hastalanıp bu hastalığa bağlı olarak yatağa bağımlı hale gelebilmektedir. Yatağa bağımlılık bireyin fizyolojik fonksiyon kaybına bağlı olarak en az üç gün hareketsiz kalması ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirememesi şeklinde tanımlanmaktadır. Yatağa bağımlı olma süresi bireyin yaşadığı sağlık sorununa göre sürekli ya da belirli bir süreyle sınırlı olabilmektedir. İmmobilizasyon olarak da adlandırılan yatağa bağımlılık bireyin aktivitelerinin azalmasına bağlı olarak ortaya çıkan “fizyolojik dejenerasyon bozukluğu” olarak da adlandırılmaktadır (58).

Hastaların yatağa bağımlı olma nedenleri arasında sıklıkla inme, Parkinson, Demans ve Alzheimer gibi nörolojik hastalıklar, osteoporoz, kalça kırığı, multipl skleroz gibi kas iskelet sistemi hastalıkları, konjestif kalp yetmezliği, koroner kalp hastalığı gibi kardiyovasküler hastalıklar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi solunum sistemi hastalıkları ve malnütrisyon, depresyon, kanserler ve yaşlılık yer almaktadır. Bunlara ek olarak kaza sonucu ya da doğuştan gelişen fiziksel engeller de yatağa bağımlılık nedenleri arasındadır (58).

Yatağa bağımlılık bireyin temel gereksinimlerini giderememesi, öz bakım gücünün azalması ve bu nedenle toplumsal hayata karışamaması olarak tanımlanmaktadır. Hareket kabiliyetini yitiren bireyde zamanla dokuların yeterince oksijenlenememesi, beslenmenin hareket düzeyine uygun sürdürülememesi, ağrının varlığı, uykunun düzensizleşmesi, cinsel gereksinimlerin ihmal edilmesi, güvenlik duygusunun zedelenmesi, benlik algısının bozulması, problem çözme becerisinin kaybı, iletişimde güçlük gibi sorunlarla karşılaşmaktadır (58). Uzun süre hareketsiz kalan hastada yatağa bağımlılık bası yaraları, ayak düşmeleri, kontraktürler, osteoporoz, dokularda küçülme ve eklemlerde hareket güçlüğü gibi sorunlara da neden olmaktadır. Aynı zamanda dolaşım sistemi üzerine ciddi etkileri bulunmaktadır. Yatağa bağımlı bir bireyde ortostatik hipotansiyon, venöz trombüs ve emboli riski oldukça yüksektir. Daha fazla çalışmak zorunda kalan kalpte yetmezlik gelişmesi de mümkündür (10, 17, 25, 59).

2.2.1. Yatağa Bağımlı Hastanın Bakımı

Yatağa bağımlı hasta temel ihtiyaçlarına yönelik günlük aktivitelerini yerine getiremeyen birey olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle yatağa bağımlı hastanın bakımında günlük yaşamdaki beslenme, giyinme, boşaltım gibi temel öz bakım gereksinimlerinin karşılanması amaçlanmaktadır. Ancak yatağa bağımlı hastanın bakımı sadece temel ihtiyaçların karşılanması ile sınırlandırılacak kadar basit bir süreç değildir. Bu tür hastaların bakımında bütüncül ve çok yönlü bir yaklaşıma sahip olunması gerekmektedir. Çok yönlü bir bakımla gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi ve yatağa bağımlı hastanın yaşam kalitesinin artması hedeflenmektedir. Yatağa bağımlı hastaların bakım süreci genellikle oldukça uzun ve yüksek maliyetlidir. Sağlık kurumları üzerine binen ekonomik yükün azaltılması ve yatağa bağımlı bireyin alışkın olduğu düzen ve ortamda bakılmasının daha faydalı olması gibi birçok neden ışığında bakım sürecinin önemli bir kısmı evde devam ettirilmektedir (15, 60).

Yatağa bağımlı hastanın evde bakımı formal ve informal bakımın bir arada yürütüldüğü bir süreçtir. Yatağa bağımlı hastanın bakımında hemşirenin vaka yöneticisi olarak bakım ekibinin başında yer alması gerektiği belirtilmektedir. İnformal bakım süreci ele alındığında ise ülkemizde yaşlı ve yatağa bağımlı bireylerin bakımının sıklıkla kendi aile üyeleri tarafından üstlenildiği görülmektedir (58, 60).

Formal bakım sürecinde yatağa bağımlı hastanın günlük yaşam aktivitelerine göre bakımı yürütülmektedir. Bu kapsamda çevre güvenliği, solunum, dolaşım, boşaltım, beslenme, uyku, iletişim, hijyen, fiziksel aktivite, cinsellik, beden ısısı, ölüm başlıklarında yatağa bağımlı hastanın bakımı ele alınır. Gereklikçe hastanın bu alanlardaki ihtiyaçları giderilir. Bununla birlikte düzenli aralıklarla hastanın göz bakımı, ağız bakımı, perine bakımı, yatak içi egzersiz ve pozisyon değişimleri, gerekli durumlarda bandaj ya da atel uygulaması, masaj, postural drenaj, aspirasyon, varsa ostomi bakımları, enteral ya da parenteral beslenmesi, yatak çarşaflarının değişimi, beden ısısının takibi ve vücut banyosu yaptırılmaktadır (15, 58, 60).

2.2.2. Yatağa Bağımlı Hastalarda Ev Ziyaretleri

Yatağa bağımlı hastalar için evde bakım hizmeti hastanın sağlık durumu nedeniyle yaşadığı sorunları ve bu sorunların yaşam kalitesine etkisini azaltarak bağımsızlık düzeyini ve yaşam kalitesini artırmayı amaçlamaktadır. Hastanın, hastane ortamının olumsuz koşullarından uzakta, sevdiği insanlarla bir arada bakım alıyor olması iyileşme sürecine olumlu etki etmektedir (17). Hastanın sosyal yaşama daha hızlı adapte olmasını sağlamayı amaçlayan evde bakım hizmeti bakım veren aile üyelerinin yükünü azaltmayı da hedeflemektedir (61). Aynı zamanda hastane ortamındaki bakımın evde sürdürülmesi de bakımın devamlılığını sağlamaktadır. Ev ziyaretleri ile sadece yatağa bağımlı hastaya değil ailesine de sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetler sunulmaktadır (17). Ev ziyaretleriyle hasta kendi tedavi seçeneklerini, bakımından sorumlu olacak kişiyi, tedavisini sürdürmek istediği ortamı seçme hakkına sahip olacaktır (61).

Yatağa bağımlı hastaların tekrarlı hastaneye yatışları hasta ve ailesine olduğu kadar hastanelere de ekonomik yük oluşturmaktadır. Hastanın evde ziyaretiyle bakımının sürdürülmesi gereksiz sağlık harcamalarının önüne geçerek mevcut yatak kapasitesinin verimli kullanılmasını sağlayacaktır (62).

Ev ziyaretindeki hemşire hastanın durumuna ilişkin kapsamlı veri toplamalı, bası bölgelerini kontrol etmeli, enfeksiyon bulgularını sorgulamalı, hasta bakımında ilişkin

uygulamaların doğruluğunu kontrol etmeli, bilinç takibi yapmalı, ailenin depresyon gibi durumlara karşı psikolojik değerlendirmesini yapmalı, hastanın bağımlılık durumundaki değişimleri kontrol etmeli, hastanın yaşam bulgularını almalı, hasta ve ailenin hasta bakımına ilişkin ihtiyaç duyduğu alanlarda eğitimini yürütmeli, bakım vericinin bakıma ilişkin yeterliliğini değerlendirmelidir (63, 64). Evde hastanın formal bakımında amaç kesintisiz ve kaliteli hasta bakımını sürdürmektir. Burada hemşire ve aile işbirliği içerisinde çalışmaktadır. Gerekli araç gerek donanımlarını sağlayarak sağlığı en üst düzeyde tutmaya çalışıp hastaneye yatışları en aza indirmek hedeflenmektedir (9).

2.2.3. Yatağa Bağımlı Hastada Hemşirelik

Yatağa bağımlı hastanın bakımında hemşire hastane ortamından sonra evde bakım ekibinin bir üyesi olarak ev ziyaretleri ile bakımın devamlılığını sağlar (58, 63). Yatağa bağımlı hastalar sadece hastalığın getirdiği sorunlarla değil yaşam tarzlarındaki değişikliklerle de mücadele etmek zorunda kalmaktadır. Yeni yaşam tarzlarına bağlı fiziksel ve psikolojik sorunlar gelişmesi de mümkündür. Tüm bu sorunlar yatağa bağımlı bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu yüzden hemşirelik bakımının yatağa bağımlı bireyin yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecek girişimleri içermesi gerekmektedir (65). Hemşire evde bakım hizmetleri kapsamında tedavi, rehabilitasyon ve sağlık eğitimi uygulamalarına ağırlık vermektedir. Yatağa bağımlı hastada hemşirelik hasta bireyin ailesi ile yeniden bütünleşmesini ve fonksiyonlarını optimal düzeyde sürdürmesini hedeflemektedir. Bu hedefe ulaşabilmek için hemşire:

- Bakımı ve günlük yaşamı kolaylaştırıcı cihazların kullanımını ve bakımını hastaya ve ailesine öğretmek
- Bası yarası ya da kontraktür gibi sekonder sorunların gelişimini önlemek
- Öz bakım gücünü artırmak
- Tekrarlı hastaneye yatışları önlemeyi
- Sosyal ve psikolojik destek sağlayarak bireyin yaşam kalesini yükseltmek için girişimlerini planlar, uygular ve değerlendirir.

Yatağa bağımlı hasta bakımı gibi çok yönlü bir süreci etkin şekilde yürütebilmek için hemşire gelişmiş iletişim becerilerine sahip, hem teori hem de beceri yönünden donanımlı, iyi bir eğitici ve en önemlisi oldukça sabırlı olmalıdır (58, 66, 67).

2.3. Bakım Verici

Türk Dil Kurumu'nun tanımında bakım kavramı bir durumun iyi biçimde gelişmesi devam etmesi için verilen emek, birisinin beslenmesi ya da giydirilmesi gibi temel bakım gereksinimlerinin karşılanmasını üstlenmek olarak ifade edilmektedir. İngilizce 'de "care" kelimesine karşılık gelen bakım kavramı sakınmak, korumak, dikkat etmek, fiziksel ihtiyaçları karşılamak, hatta kullanıldığı cümleye göre rahatlatmak, yardımcı olmak anlamlarını taşımaktadır (68). Dünya Sağlık Örgütü ise bakımı kendi yaşam kalitesini sürdürme yetisini kaybeden bireylerin yaşamının devam ettirilmesi ve kişisel bakımının sağlanması amacıyla aile bireyleri, akrabalar ya da sağlık profesyonelleri tarafından yürütülen faaliyetler olarak tanımlamıştır (15).

Bakım verici hastaya fizyolojik, psikolojik ve ekonomik yönden destek sağlayarak sağlığı ile ilişkili sorun ve ihtiyaçlarına çözüm sunan kişidir. Evde informal bakım verici hastanın tanıdığı ya da yakını olan ve ücret talep etmeden hastaya bakım sunan bireydir (60).

Öz bakım gereksinimlerini karşılayamayan yatağa bağımlı bir hastanın bakım ihtiyacı sadece fizyolojik ihtiyaçlarla sınırlı ya da tek boyutlu değildir. Bakım süreci yürütülürken aynı zamanda iletişimin devam ettirilmesi, gelişen sağlıkla ilişkili sorunların çözülmesi, hastanın ve bakım vericinin gerekli durumlarda desteklenmesi gerekmektedir (15).

Yatağa bağımlı hastanın bakımından sorumlu birden fazla kişi olabilir ancak içlerinden biri bu süreçte daha fazla rol üstlenir. Bu kişi hastanın bakımından sorumlu primer bakım vericidir. Primer bakım verici tüm bakımın yönetiminden sorumlu olabilir ya da formal bakım desteği alıyor olabilir. Primer bakım verici informal kaynaklardan yani hastanın diğer yakınlarından da destek alarak bakımı yürütebilir. Aynı zamanda primer bakım verici bakım sürecini hem formal hem de informal kaynakları aynı anda kullanarak bakım sürecini yürütebilir. Sürecin nasıl yönetileceği primer bakım vericinin kaynaklarına ve bu kaynakları kullanma tercihinine ve kabiliyetine göre değişiklik gösterebilir (69).

Yatağa bağımlı bireyin evde bakımı çok yönlü ve zorlayıcı bir süreçtir. Kültürel ve ekonomik şartların değişimi sonucu bakım vericilerin rolleri oldukça zorlaşmıştır. Bakım verici olmak planların ve seçimlerin ötesinde zorunlulukların getirisi olarak görülmektedir. Bu nedenle bakım vericilerin büyük çoğunluğu sürece kendisini hazırlamaya ve durumu

kabullenmeye fırsat bulamamaktadır. Hastalığın seyri ile birlikte bakım vericinin rolüne adaptasyonu zamanla şekillenmektedir (15).

Yatağa bağımlı hastaların primer bakım vericilerinin süreci kabullenmesinde etkili olan düşünceler arasında hastaya duyulan duygusal yakınlık, empati yapma, suçluluk duygusundan çekinme, duyarsız kalmamak, geçmiş yaşantılar sebebiyle hastaya duyulan minnet, yardım etme isteği, aile büyüklerine duyulan hürmet ya da aile dayanışması gibi değerler yer almaktadır (64, 70).

Bakım vericiler Larsen tarafından gizli hasta olarak, Bonel tarafından ise riskli gruplar içerisinde tanımlanmaktadır. Bunun nedeni bakım vericilerin zaman içerisinde bakım verdikleri bireyin ihtiyaçlarını kendisinininkilerden önde tutması ve yüklendiği bakım yükünün altında ezilmesidir (15).

Yapılan çalışmalarda bakım vericilerin zamanla çeşitli sorunlar ve tükenmişlik yaşadığı görülmektedir. Bu sorunlar arasında ruhsal ve fiziksel sağlık sorunları, kas iskelet rahatsızlıkları, kendine vakit ayıramama, sosyal yaşamdan izole olma, aile veya evlilik sorunları, kronik yorgunluk, ekonomik güçlükler, iş performansında bozulmalar, iştah ve kilo problemleri ve depresyon gibi daha birçok sorun yer almaktadır (70-74).

Yatağa bağımlı hastanın bakım sürecinin zorluklarıyla birlikte bakım verici için olumlu yönleri de bulunmaktadır. Bakım verici zamanla hastayla güçlü bir sevgi ve samimiyet bağı geliştirebilir. Bununla birlikte yardıma muhtaç bir bireye yardımcı olmak, rahatlatmak, bakım vermek bakım vericinin manevi doyumunu artırabilir. Dolaylı olarak bakım vericinin kendisine olan saygısı ve ruhsal doyumunu artabilir. Bununla birlikte formal bakım verici için oluşturulacak maddi kaynakların aile bütçesinde kalması da olumlu yönler arasında sayılabilmektedir (26, 70).

2.3.1. Bakım Vericinin Öz Yeterliliği

Bireyin bir işi ustalıkla yapacağına inancı diğer bir deyişle öz yeterlilik algısı sağlıkla ilgili davranış değişikliğinin birincil öncülü kabul edilmektedir. Aynı zamanda öz yeterlilik kişinin zorlukların üstesinden gelebileceğine dair kendine olan inancını ifade etmektedir (75, 76).

Bakım vericinin öz yeterliliği bireyin kendi gereksinimlerini karşılayamayan başka bir bireye bakım vermeyle ilgili karşılaştığı sorunlarla uygun şekilde başa çıkma kapasitesine ilişkin algısını ifade etmektedir. Bakım vericinin bakıma özgü faaliyet ve

görevleri yerine getirme yeteneğine olan inancı olarak da tanımlanmaktadır (77). Yüksek öz yeterlilik seviyesine sahip bakım vericilerin bakım sorumluluklarını tamamlama olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu grupta olan bakım vericiler düşük öz yeterlilik seviyesine sahip bakım vericilere göre bakım verme stresini, duygusal sıkıntıyı, stres kaynaklı fiziksel hastalıkları ve tükenmişliği daha az deneyimlemektedir (78, 79).

Yapılan çalışmalar öz yeterliliğin stresli yaşam durumları ve depresif belirtiler arasında uzlaşmacı bir rol oynadığını, bakım verenlerde stresi yönetebilmek için öz yeterliliğin önemli bir rolü olduğunu ortaya koymaktadır. Bakım vermekten kaynaklanan olumsuz duyguları dönüştürebilmek, tükenmişliği, yorgunluğu ve stresi azaltmak ve psikolojik iyi oluşluğu artırmak için öz yeterliliğin faydalı olduğu belirlenmiştir (79-82).

Yatağa bağımlı hastanın bakımı informal bakım verici için oldukça güçtür. İlerleyen yaş, bakım süresi ve eşlik eden hastalıklar bakım sürecini daha da zorlaştırmaktadır. Yatağa bağımlı hastanın bakımında bakım verici ilaç tedavisinin sürdürülmesi, semptomlarla baş etme, manevi ve psikolojik destek sağlama, finansal süreçlerin yönetimi, yaşanan yerin hastaya göre yeniden düzenlenmesi, kişisel ve tıbbi bakım gereksinimlerinin karşılanması gibi daha birçok sorumlulukla karşı karşıya kalmaktadır (83). Bu denli zor bir bakım yükünü üstlenmeye çalışan bakım verici ve aile üyelerinin aile ve evlilik ilişkilerinde sorun yaşamaması kaçınılmaz hale gelmektedir. Bakım verici zaman geçtikçe sosyal yaşantısından ve rollerinden uzaklaşmakta ve fiziksel sağlığında bozulmalar meydana gelmektedir (81, 83-85).

Yatağa bağımlı hastalar bakıcılarına tam bağımlı olduklarından bu grup hastaların bakım vericilerinde fiziksel sağlıktaki bozulmaların yanı sıra yüksek düzeyde bakım yükü ve depresyon varlığı tespit edilmiştir (77, 86, 87). Bakım vericilerin algıladığı bakım yükü arttıkça yaşam doyumlarının azaldığı tespit edilmiştir. Kanseri, inme, Alzheimer, kalp yetmezliği öyküsü olan ya da palyatif bakım alan yatağa bağımlı hastaların bakım vericileri ile yürütülen çalışmalar incelendiğinde artan bakım yüküyle birlikte, bakım vericinin yaşam kalitesinin, mental sağlığının, ekonomisinin, fiziksel ve sosyal sağlığının olumsuz yönde etkilendiği ve tükenmişlik yaşadıkları ortaya konulmuştur (26, 67, 73, 83, 88-90).

Yatağa bağımlı hastanın bakımı gibi kompleks ve zorlu bir sürecin doğru ve etkili biçimde yürütülebilmesi için kişinin kendine olan inancının yüksek olması gerekmektedir. Bu da yatağa bağımlı hastaların bakımında öz yeterliliği yüksek bakım vericilere ihtiyaç

duyulduğu anlamına gelmektedir. Bu amaçla yatağa bağımlı hastaların bakım vericilerinin öz yeterlilik düzeyleri belirlenmelidir. Öz yeterlilik düzeyi düşük olan bakım vericilerle çalışılarak düşüşün nedenleri belirlenmeli, bakım verici bu yönlerden geliştirilmeli ve desteklenmelidir. Bu sayede optimal hasta bakımına ve olumlu sağlık çıktılarına ulaşmak mümkün hale gelmektedir (67, 73, 89).

2.4. Öz Bakım Modeli

Öz bakım modeli kendi içerisinde üç kuramın birleşiminden oluşarak 1956 yılında Dorethea Elizabeth Orem tarafından geliştirilmiştir. Orem'e göre her bireyin öz bakım gereksinimleri vardır ve hemşirelik bakımının özünde de bireylerin bu gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etme düşüncesi yer almaktadır. Orem öz bakım kavramını yaşamı, sağlığı ve iyiliği sürdürmek için bireylerin başlattığı ve gerçekleştirdiği etkinlikler şeklinde tanımlamaktadır. Aynı zamanda bireylerin sağlık ve iyiliğini sürdürmek için kendine düşen sorumluluğu yerine getirmesi anlayışı da modelin temel bileşenlerindendir. Orem'e göre bu etkinlikler bireyin kendisi tarafından gerçekleştirilemediğinde hemşirelik bakımına gereksinim duyulmuştur. Öz bakım bireyler tarafından eğitim, sağlık ve kişisel meraklar neticesinde öğrenilen davranışlar olmakla birlikte kronik hastalığı olan bireylerde ya da bir başkasının bakımına bağımlı olan hasta gruplarında öncelikli bir konudur (91, 92). Dünya sağlık örgütü ise öz bakımı bireyin sağlık hizmeti sunucularının desteğini almadan bireyin, ailenin, toplumun sağlığı geliştirmek, hastalıkları önlemek, sağlığı sürdürmek ve hastalık ya da sakatlıklarla başa çıkabilme becerisi olarak tanımlamaktadır (93). Orem'e göre öz bakım davranışlarının gerçekleştirilebilmesi için birey kendi motivasyonuna ihtiyaç duyar. Hastaların, hastalığın muhtemel yükünü sırtlanabilmesi için desteğe gereksinim duymaları olağandır. Bu noktada hemşire ya da bakım verici desteğinden bahsedilmektedir (91, 94).

Birey ihtiyaçlarını çevresindeki olanaklara göre düzenler ve çevreyi ihtiyaçları doğrultusunda değiştirip geliştirilebilir. Bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak için geliştirilen teknolojiler de bu duruma örnek gösterilebilir (94).

Bireyin öz bakım ihtiyaçlarını karşılama şekilleri kültürel kaynaklardan öğrenilmiş davranışlardır. Yaşamın ilk döneminde ailede başlayan bu kültürel öğrenme ilerleyen dönemlerde okul, sosyal çevre, televizyon ve toplum gibi çeşitli etmenlerin yönlendirmeleriyle devam etmektedir. Hastalar önce sağlık çalışanlarından sonra bakım vericilerinden ardından benzer deneyimi yaşayan hastalardan, kitle iletişim araçlarından öğrendikçe öz bakım gereksinimlerini belirleyebilir (92, 95).

Öz bakım modelinin diğer kavramı olan yaşam değerlerini açıklarken Orem, öz bakım gereksinimlerinin bireyin aile içindeki yerinden, rollerinden, yaşından ve sağlık durumundan etkilendiğini belirtmektedir. Bireyin değerler sistemi öz bakım gereksinimleri için öncelik sıralamasını oluşturmaktadır. Bu modelde birey “öz bakım ajanı” olarak tanımlanır. Bireyin sağlık durumunda yaşanan olumsuz değişimlerle birlikte gereksinimlerini karşılamada bir başkasına bağımlı hale gelmesi ise onu öz bakım ajanı olmaktan çıkarıp “bakımın alıcısı” yapmaktadır. Bebekler, çocuklar, yatağa bağımlı hastalar ve engelliler bakımın alıcısı grubundaki bireylere örnek verilmektedir (96, 97).

Dorethea Elizebeth Orem’in geliştirdiği hemşirelik modeli içerisinde 3 alt kuram barındırmaktadır. Bunlar;

1. Öz Bakım Kuramı
2. Hemşirelik Sistemi Kuramı
3. Öz Bakım Yetersizliği Kuramı

Orem öz bakım kuramında öz bakımın ne olduğunu açıklarken kuramın genel kavramlarından da bahseder. Öz bakım yetersizliği kuramında bireye neden yardım edilmesi gerektiğini ve son olarak hemşirelik sistemleri kuramında hemşirenin/bakım vericinin yapması gerekenleri açıklamaktadır (91).

2.4.1. Öz Bakım Kuramı

Öz bakım bireylerin sağlığını koruması ve iyilik halinin devamlılığının sağlanması için kendilerine düşen sorumlulukları yerine getirmeleri düşüncesi üzerine temellendirilmiştir. Öz bakım karşılanması gerekli olan temel insan gereksinimleridir ve bu gereksinimlerin karşılanmaması insan sağlığına olumsuz yönde etki etmektedir (97).

Orem’e göre bireyin gereksinimleri şu şekilde ele alınmaktadır:

1. “Evrensel öz bakım gereksinimleri”
2. “Sağlıktan sapmalarda öz bakım gereksinimleri”
3. “Gelişimsel öz bakım gereksinimleri” (91).

Evrensel öz bakım gereksinimleri insanın günlük yaşantısını sürdürebilmesi için karşılanması gereken istek ve ihtiyaçlardır. Bireyin besin, su, hava gibi temel maddeleri alması, yaşamsal süreci destekleyen ve sürdüren aktiviteleri gerçekleştirmesi gerekmektedir. Evrensel öz bakım gereksinimleri insan yaşamının var oluşundan beri

mevcuttur ve sağlığın sŸrdŸrŸlmesi için sekiz temel evrensel gereksinimden bahsedilmektedir (94, 97). Bu gereksinimler;

1. Yeterli beslenmenin sağlanması
2. Yeterli sıvı alımının sağlanması
3. Yeterli hava alımının sağlanması
4. Eliminasyonun sŸrdŸrŸlmesi
5. Yeterli dŸzeyde fiziksel aktivite ve dinlenmenin sağlanması
6. Sosyal etkileşim ile yalnızlık dengesinin sŸrdŸrŸlmesi
7. İnsan yaşamını, işlevselliği ve iyilik halini tehdit edebilecek risklerin Ÿnlenmesi
8. Bireyin işlevselliğin artırılması (8, 94, 97).

Evrensel gereksinimlerin yeterince karşılanması sonucunda elde edilen Ÿz bakım sağlığın sŸrdŸrŸlmesini ve iyilik halinin devamını etkilemektedir. Bireyin bu gereksinimleri gerçekleştirebilmesi için Ÿz bakım yeteneğine sahip olması gerekmektedir. Ÿz bakım yeteneği de bireyin Ÿz yeterliliğinin yŸksek olması gerekliliğini beraberinde getirmektedir (91).

Sağlıktan sapma durumunda Ÿz bakım gereksinimleri bireyin evrensel Ÿz bakım gereksinimlerini karşılayamaması sonucu ortaya çıkan gereksinimleri ifade etmektedir. Orem'e gŸre sağlıktan sapmalarda Ÿz bakım gereksinimleri sadece, hastalık, sakatlık ve rahatsızlık durumlarındaki gereksinilenlerdir. Bireyin yaralanma sakatlanma ya da rahatsızlanma durumlarında bazı ek Ÿz bakım gereksinimleri ortaya çıkabilmektedir. Orem'in kuramı bu gibi durumlarda bireyin ihtiyaçlarının belirlenmesi ve uygun girişimlerin gerçekleştirilmesini amaçlar. Birey sağlıktan sapma durumlarında Ÿz bakım gereksinimlerini sŸrdŸrebiliyorsa o durumda hemşireye/bakım vericiye ihtiyaç duyulmayacaktır. Ancak birey Ÿz bakım aktivitelerinde bağımlı hale gelirse o noktada bakım veren kişinin Ÿz bakım becerisi ve yeterliliği devreye girmektedir. Yatağa bağımlı hastanın bakımı bu duruma Ÿrnek gŸsterilebilir. Bakım verenin yeterliliği ve bakım yeteneği bu durumda Ÿnem kazanacaktır (94, 96).

Gelişimsel Ÿz bakım gereksinimleri farklı gelişim dŸnemlerinde ihtiyaç duyulan Ÿz bakım gereksinimlerini ifade etmektedir. Orem'e gŸre gelişimsel gereksinimler, yaşamın ve insanın yaşam boyu gelişiminin devam ettirilebilmesi için gelişim sŸrecini olumsuz etkileyen etmenlerin Ÿnlenmesine yŸnelik bakımı ve gereksinimleri içermektedir. Gebelik, doğum, ebeveyn veya eş kaybı bu dŸnemlere Ÿrnek gŸsterilmektedir (97).

Bireyin sağlık ve iyilik halini sürdürmesi için elzem olan gereksinimleri karşılayabilme yeteneği öz bakım gücü olarak tanımlanmaktadır. Yaş, cinsiyet, gelişimsel düzey, sosyo-ekonomik düzey, sağlık durumu, gelişim düzeyi, sağlık sistemi, sosyokültürel özellikler, günlük yaşam aktiviteleri, çevresel faktörler ve aile gibi etmenler öz bakım gücünü etkilemektedir (97). Özellikle çocukların öz bakım gücü yaş dönemi, sağlık durumu, bilişsel, psikomotor ve psikososyal gelişim özellikleri gibi faktörlerden yüksek düzeyde etkilenmektedir. Örneğin engelli bir çocuk ya da yatağa bağımlı bir hasta kendi öz bakımını karşılayacak güce sahip değildir (8, 96).

2.4.2. Hemşirelik Sistemi Kuramı

Bu kuram sağlığı olumsuz etkileyen herhangi bir durum sonucunda öz bakım gücünü kaybeden bireylerin hemşirelik bakımına ihtiyacı olduğunu savunmaktadır. Hastanın gereksinimlerinin karşılanmasında üç temel hemşirelik sisteminden bahsedilmektedir (8, 97).

- “Tam kompensasyon (Tümüyle eksikliği giderici hemşirelik sistemi)”
- “Kısmi kompensasyon (Kısmen eksikliği giderici hemşirelik sistemi)”
- “Destekleyici ve eğitici kompensasyon (Destekleyici eğitsel hemşirelik sistemi)”

Tam kompensasyon hastanın öz bakım gereksinimlerinin giderilmesinde aktif rol almadığı bakımın tamamen bakım verenin üstlendiği durumlardır (96).

Kısmi kompensasyonda hasta ve bakım veren ortak rol alır. Bakım eylemleri ve önlemleri bakım verici ve hastanın birlikte gerçekleştirdiği eylemlerdir (96).

Destekleyici eğitsel hemşirelik sistemi ise hasta öz bakım gereksinimlerini karşılayabilmektedir. Hasta bazı gereksinimlerin karşılanmasında desteğe ihtiyaç duyabileceğini bilmektedir. Bu sistemde hastanın çevresinin düzenlenmesi, öğretim, rehberlik ve destek yer almaktadır. Öz bakım eylemlerini kimin gerçekleştirmesi gerektiği ya da gerçekleştirebildiği sorularının yanıtına göre hangi hemşirelik sisteminin seçileceğine karar verilmektedir (8, 91, 96).

2.4.3. Öz Bakım Yetersizliği Kuramı

Öz bakım yetersizliği bireyin sağlığını sürdürmek için gerçekleştirebildiği fonksiyonlar ile gerçekleştirilmesi gerekenler arasındaki farkı ifade etmek için kullanılan bir kavramdır. Diğer bir deyişle bilişsel ya da motor fonksiyonlarda yaşanan bozulmalar

nedeniyle bireyin kendi yaşam aktivitelerini yerine getirme kabiliyetinde yaşanan azalma öz bakım yetersizliği olarak ifade edilmektedir. Bu kuramla birlikte bireyin mevcut öz bakım gücü belirlenmekte ve gereksinimlerini karşılamada ne tür eksikleri olduğu tespit edilerek hemşirenin/bakım vericinin bu eksiklere yönelmesini amaçlamaktadır (96, 97).

Oreme göre hemşire/bakım verici bilgili ve yardım becerisine sahip kişi olarak algılanmaktadır. Bakım verici bu yardımı beş yöntemle gerçekleştirebilir:

- Bireyin adına yapmak ve harekete geçmek
- Rehberlik etmek ve yönetim
- Psikolojik ya da fiziksel destek verme
- Çevreyi hasta bireyin kişisel gelişimini destekleyici hale getirmek ve bunun sürdürülmesi
- Bireye yapılan sağlık eğitimi

Hemşire/bakım verici bireyin bakımını sürdürürken bu yöntemlerden bir veya birden fazlasını kullanabilmektedir (97).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, yatağa bağımlı hastaların bakım vericilerinin öz yeterlilik düzeylerinin belirleneceği geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirmesi amacıyla yapıldığından metodolojik bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın yüzey geçerliliği, açıklayıcı faktör analizi ve test tekrar test analizi Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü Trabzon Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi'ne kayıtlı Ortahisar ilçesinde ikamet eden hastaların bakım vericileri ile yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi ve diğer güvenirlik analizleri ise Rize İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri birimine kayıtlı il merkezinde ikamet eden yatağa bağımlı hastaların bakım vericileri ile Nisan 2020- Ocak 2022 tarihlerinde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü Trabzon Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi'ne kayıtlı Ortahisar ilçesinde ikamet eden hastaların (578 hasta) ve Rize İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri birimine kayıtlı il merkezinde ikamet eden hastaların (403 hasta) bakım vericileri olan 981 birey oluşturmuştur. Açıklayıcı faktör analizi (AFA) için örneklem grubunu Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü Trabzon Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi'ne kayıtlı Ortahisar ilçesinde ikamet eden hastaların bakım vericilerinden, araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan ve katılmayı kabul eden 314 bakım verici oluşturmuştur. Doğrulayıcı faktör analizinin (DFA) örneklem grubunu ise Rize İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri birimine kayıtlı il merkezinde ikamet eden hastaların bakım vericilerinden, araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan ve katılmayı kabul eden 257 bakım verici oluşturmuştur. Faktör analizi yapılırken örneklem büyüklüğü Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değerine bakılarak yorumlanmaktadır. KMO değeri 0.70-0.80 arasında bulunursa orta, 0.80-0.90 arasında bulunursa iyi, 0.90 üzerinde bulunursa mükemmel kabul edilmektedir. Ayrıca faktör analizlerinde örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığını belirlemek için örneklem sayısının “50 ise çok zayıf, 100 ise zayıf, 200 ise orta, 300 ise iyi, 500 ise çok iyi ve 1000 ve üzeri ise mükemmel” olarak kabul edilmektedir (98). Çalışmada KMO değeri 0.913 olarak belirlenmiştir.

Test-tekrar test analizi Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü Trabzon Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi'ne kayıtlı Ortahisar ilçesinde ikamet eden hastaların bakım vericisi olan, açıklayıcı ile doğrulayıcı faktör analizinin örnekleme dahil edilmemiş olan 55 bakım verici ile yürütülmüştür. Test tekrar test analizinde minimum 30 çift verinin elde edilmesi önerilirken geri dönüşün düşük olabileceği ya da eşleştirmelerde zorluk yaşanabileceği göz önüne alındığında 30'dan daha fazla kişi ile bu testin yürütülmesinin uygun olduğu belirtilmektedir (99).

3.4. Araştırmaya Kabul Ölçütleri

Araştırmaya kabul ölçütleri:

- Bakım vericinin çalışmaya katılmaya gönüllü olunması
- Bakım vericinin yatağa bağımlı hastaya resmi görevi olmadan ve ücretsiz şekilde bakım veriyor olması
- Bakım vericinin hastanın yakını olması
- Bakım vericinin 18 yaşında ya da üzerinde olması
- Bakım verenin herhangi bir iletişim engeline sahip olmaması

Araştırmaya kabul edilmeme ölçütleri:

- Bakım vericinin hastaya geçici süreliğine bakması
- Bakım alan hastanın yatağa bağımlı olmaması

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanması için kullanılan araçlar Kişisel Bilgi Formu ve Taslak Yatağa Bağımlı Hastanın Bakım Vericileri İçin Öz Yeterlilik Ölçeğidir.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan kişisel bilgi formu bakım vericinin özelliklerini sorgulayan 10 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

3.5.2. Taslak Yatağa Bağımlı Hastanın Bakım Vericileri İçin Öz Yeterlilik Ölçeği (BÖYÖ)

Taslak BÖYÖ yatağa bağımlı hastanın bakım vericilerinin öz yeterlilik düzeyini belirlemesi amacıyla araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilmiştir (2, 7, 17, 21, 30, 34, 35, 41, 53, 63, 78, 96, 100-104). Taslak ölçek bakım verme, hastalık bilgisi,

stres yönetimi ve sosyal destek olmak üzere 4 başlık altında toplanan 66 maddeden meydana gelmektedir. Ölçeğin puanlaması “1= kesinlikle katılmıyorum”, “2= Katılmıyorum”, “3= Kararsızım”, “4= Katılıyorum” ve “5= Tamamen Katılıyorum” şeklinde beşli Likert türünde düzenlenmiştir. Ölçekten alınabilecek puanlar 1 ile 5 arasında değişmektedir. Ölçekten ve alt boyutlardan alınan puanların yükselmesi algılanan öz yeterlilik düzeyinin yükseldiğini göstermektedir (Ek 2).

3.6. Veri Toplama Süreci

Çalışmanın geçerlik ve güvenirlik verileri Nisan 2020- Mart 2022 tarihleri arasında toplanmış ve analizi Mayıs 2022-Ağustos 2022 tarihlerinde yapılmıştır. Veri toplama sürecine başlamadan önce araştırmanın yürütülebilmesi için önce etik kurul izni ardından kurum izinleri alınmıştır. İzinlerin alınmasını takiben ev ziyaretleri ile yatağa bağımlı hastaların bakım vericilerine ulaşılmış ve araştırmaya ilişkin açıklama yapıldıktan sonra araştırmaya katılımlarını beyan eden gönüllü onamları alınmıştır. Ardından bakım vericilere yüz yüze görüşme yöntemiyle kişisel bilgi formu ve Taslak BÖYÖ uygulanmıştır. Bakım vericinin veri toplama araçlarını cevaplandırması yaklaşık 15 dakika sürmüştür. Araştırma sonuçlarına erişmek isteyen az sayıdaki bakım verici ile araştırmacının telefon numarası paylaşılmıştır. Elde edilen veriler istatistiksel analiz programında oluşturulan veri tabanına kodlanmıştır. Veri girişinin ardından istatistik uzmanından danışmanlık alınarak veriler analiz edilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. BÖYÖ geliştirme ve veri toplama süreç takvimi

Ölçek Geliştirme ve Veri Toplama Aşamaları		Tarih
BÖYÖ Geçerliliğinin sağlanması	Taslak BÖYÖ maddelerinin oluşturulması	01.03.2020-20.04.2020
	BÖYÖ yüzey ve kapsam geçerliliğinin sağlanması	
	- Akran değerlendirmesi yapıldı - Uzman görüşleri alındı. - Türk Dili uzmanının görüşü alındı. - Lawshe Tekniği kullanılarak 20 uzmanın görüşü alınıp BÖYÖ kapsam geçerliliği yapıldı. - Pilot çalışma için 33 bakım vericiden veri toplandı	22.04.2020-30.06.2020
	Yapı geçerliği kapsamında AFA için 314 bakım vericiden veri toplandı ve analiz edildi.	30.10.2020-30.09.2021
	Yapı geçerliği kapsamında DFA için 257 bakım vericiden veri toplandı ve analiz edildi	09.09.2021-01.12.2021
BÖYÖ Güvenirliğinin Sağlanması	Güvenirlik analizleri yapıldı.	01.05.2022-08.08.2022
	BÖYÖ 29 madde ile son şeklini almıştır	25.07.2022
	Test tekrar test için 55 bakım vericiden veri toplandı.	15.04.2022-19.05.2022
Demografik özelliklerin belirlenmesi	AFA ve DFA örnekleminde bakım vericilerin demografik özellikleri değerlendirildi.	17.05.2022-23.07.2022
Raporlama	Bulgular doğrultusunda araştırma sonuçları raporlandırıldı	30.09.2021-28.11.2022

3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırmanın DFA dışındaki analizleri SPSS 22.0 programı ile, DFA analizi ise AMOS 21 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Analizde kullanılan yöntemler ve testler tabloda sunulmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. BÖYÖ istatistiksel analizinde kullanılan testler

Değişkenler	İstatistiksel Yöntemler
Bireysel Özellikler	Sayı Yüzde Ortalama Standart Sapma
BÖYÖ	Basıklık ve Çarpıklık Analizi Güvenirlilik analizi • Cronbach's Alpha • Spearman-Brown Coefficient • Guttman Split-Half Coefficient • Tekrar Test Analizi • ICC Madde Analizi Açıklayıcı Faktör Analizi • KMO • Barlett • Temel Bileşenler Analizi • Promax Döndürme Yöntemi • Anti İmage • Scree Plot • Varyans ve Özdeğer Doğrulayıcı Faktör Analizi • KMO • Bartlett • Uyum İyiliği (χ^2/sd, GFI, AGFI, CFI, RMSEA, RMR) • Faktör Yüklerinin Anlamlılığı Ayırt Edicilik Analizi Yakınsak Geçerlilik Ayrışma Geçerliliği

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verilerinin sadece iki ilin il merkezlerindeki yatağa bağımlı hastaların bakım vericilerinden toplanması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

3.9. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yürütülebilmesi için Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü Trabzon Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi ve bu merkeze bağlı olan 4 kamu hastanesinin evde sağlık hizmetleri birimlerinden 30.10.2020 tarihinde ve 01.07.2021 tarihinde KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesinden yazılı izin alınmıştır. Kamu hastanelerinden biri Covid-19 pandemisi

nedeniyle izin vermemiştir (Ek 3). Çalışmanın doğrulayıcı faktör analizine ilişkin 09.09.2021 tarihinde Rize İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Biriminden izin alınmıştır (Ek 4). KTÜ Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığından 28.01.2021 tarihinde 24237859-90 sayılı yazıyla etik kurul izni alınmıştır (Ek 5). Araştırmaya katılmayı kabul eden bakım vericilerden veri toplama aşamasına geçmeden gönüllü onamları alınmıştır (Ek 6).



4. BULGULAR

Araştırma bulguları içerisinde Yatağa Bağımlı Hastaların Bakım Vericileri İçin Öz Yeterlilik Ölçeğinin geçerlik, güvenirlik bulguları yer almaktadır.

4.1. Yatağa Bağımlı Hastaların Bakım Vericileri İçin Öz Yeterlilik Ölçeğinin (BÖYÖ) Geçerlik Bulguları

Yatağa Bağımlı Hastaların Bakım Vericileri İçin Öz Yeterlilik Ölçeğine ilişkin yüzey, kapsam ve yapı geçerliği bu bölümde sunulmuştur.

4.1.1. Yüzey Geçerliği

Yüzey geçerliliğinde amaç ölçekteki maddelerin ölçülmesi hedeflenen kavramsal yapıyı ölçüyor görünüp görünmediğini belirlemektir. Bu amaçla ölçek geliştirme çalışmalarında akran kişilerin görüşlerine başvurulur (105). Araştırmanın yüzey geçerliği kapsamında madde havuzu oluşturularak akran görüşüne başvurulmuştur.

4.1.1.1. Madde Havuzunun Oluşturulması

Taslak BÖYÖ ne ait maddeler oluşturulurken ağırlıklı olarak bakım, bakım verici, bağımlı hasta, yatağa bağımlı hasta bakımı, evde bakım, öz yeterlilik gibi anahtar kelimeler ile Pub Med, Scopus, Web of Science, Yök Tez, Science Direct, Ulakbim gibi veri tabanlarında tarama yapılmıştır. Elde edilen tanımlayıcı çalışmalar, rehberler, ulusal ya da uluslararası uyarlanmış ölçekler, tezler, kitaplar incelenerek taslak ölçek maddeleri oluşturulmuştur (1-3, 7, 17, 21, 22, 25, 27, 30, 34, 35, 41, 51, 53, 63, 64, 78, 94, 96, 100-104, 106-109). Taslak BÖYÖ 66 madde içermekte bu maddeler bakım verme başlığında 25 madde, hastalık bilgisi başlığı altında 8 madde, stres yönetimi başlığı altında 24 madde ve sosyal destek başlığı altında 9 madde olacak şekilde dağılmaktadır. Ölçek beşli Likert tipinde olup Likert puanlaması “1= Kesinlikle Katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Kararsızım, 4= Katılıyorum Ve 5= Tamamen Katılıyorum” şeklinde düzenlenmiştir.

4.1.1.2. Akran Değerlendirmesi

Yüzey geçerliliğinin bir bileşeni olan akran değerlendirmesinin yapılabilmesi için 3 araştırma görevlisi, 2 klinikte aktif olarak çalışmaya devam eden hemşire ve 1 yatağa bağımlı hasta yakınından taslak ölçeğe ilişkin görüşleri istenmiştir. Alınan geri dönüşlere istinaden taslak ölçeğin 7 maddesi anlamı bozulmayacak şekilde düzeltilmiştir.

4.1.1.3. Uzmanların Değerlendirmesi

Taslak BÖYÖ alanda uzman kişilere gönderilerek görüşleri talep edilmiş ve neticede 15 maddede şekilsel düzeltme yapılmış maddelerin anlamında değişiklik yapılmamıştır. Taslak BÖYÖ Türkçe dil uzmanına gönderilerek görüş istenmiştir. Gelen görüş doğrultusunda anlatım, yazım ve noktalama yönünden 21 maddede düzeltme yapılmıştır.

4.1.1.4. Pilot Uygulama

Ölçek geliştirme çalışmalarında yüzey geçerliliğinin sağlanmasında bir diğer önemli basamak hedef kitlenin özelliklerini taşıyan ancak çok daha küçük bir grupta ölçeğin uygulanmasıdır. Bu ön uygulamada amaç katılımcıların ölçek maddelerini anlaşılır ve kolay cevaplanır bulup bulmadığını belirlemektir. Pilot uygulama yapılan grubun görüş ve önerilerine göre ölçek maddeleri daha kolay anlaşılır ve cevaplanır hale getirilir. Pilot uygulamada örneklem sayısının 30 kişi ve üzerinde tutulması önerilmektedir (110). Araştırma kapsamında 33 bakım verici ile pilot uygulama yürütülmüştür. Katılımcıların görüşleri doğrultusunda bir madde daha anlaşılır şekilde ifade edilmek üzere düzeltilmiştir. Elde edilen veriler ışığında 51 maddelik taslak BÖYÖ Cronbach Alpha değeri 0,943 bulunmuştur.

4.1.2. Kapsam Geçerliği

Kapsam geçerliği her bir ölçek maddesinin ölçülmek istenen özelliği kapsama gücünü belirlemek amacıyla yeterli sayıda uzmanın görüşü alınarak yapılan ön çalışmadır. Yeterli sayıda uzmanın görüşü ile hazırlanan ölçeğin yüksek geçerliğe sahip olması beklenmektedir. Uzman sayısı kapsam geçerliğinde kullanılacak olan tekniğe göre belirlenir. Hedeflenen kapsam doğrultusunda oluşturulan ölçek maddeleri oluşturulduktan sonra görüşü alınmak istenen uzmanların listesi oluşturulur. Ölçek maddelerini içeren uzman görüş formu hazırlanarak uzmanlara gönderilir. Uzmanlardan alınan görüşler nitel verilerdir. Bu veriler seçilen teknik doğrultusunda nicel verilere dönüştürülerek analiz edilir. Analiz sonucunda her bir ölçek maddesine ait Kapsam Geçerlilik Oranları(KGO) ve ölçeğin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) elde edilmektedir (105, 111).

Araştırmacılar tarafından kapsam geçerliğinde uzman sayısı ve madde puanlamaları için Lawshe tekniğinin kullanılmasına karar verilmiştir. Uzman görüş formunda her bir ölçek maddesi için değerlendirme seçenekleri “uygundur, uygun ancak düzeltilmeli,

ıkarılmalı” olarak düzenlenmiştir (Ek 7). Lawshe tekniği doğrultusunda taslak ölçek “yatağa bağımlı hasta bakımı, evde hasta bakımı, öz yeterlilik” konularında deneyimi ya da çalışması bulunan 52 uzmana gönderilmiş 20 uzmandan görüş bildiren yanıt gelmiştir. Gelen görüşler doğrultusunda Lawshe tekniğine uygun olarak hesaplama formülü kullanılmış ve her bir madde için KGO hesaplanmıştır (112, 113).

Lawshe tekniğine göre uzman sayısının 20 olması KGO değeri 0,42 altında kalanların ölçekten çıkarılmasını gerektirmektedir(114). Kapsam geçerliliği sonucunda 15 madde ölçekten çıkarılmış, 21 maddede dil, anlatım ve noktalama yönünden düzeltme yapılmış ve taslak ölçek 51 madde şeklinde güncellenmiştir. Ölçeğin son halinde bakım verme boyutunda 19 madde, hastalık bilgisi boyutunda 6 madde stres yönetimi alt boyutunda 19 madde ve sosyal destek alt boyutunda 7 madde yer almaktadır. Ölçeğin kapsam geçerlik indeksi 0.705 bulunmuştur.

Geçerlik ve güvenirlik analizleri gerçekleştirilmeden önce ölçek maddelerinin dağılımını incelemek için Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (arpıklık) değerlerine bakılmıştır. Kurtosis değerlerinin +1.5 ile -1.5 (115) ve Skewness değerlerinin +2.0 ile -2.0 arasında olması lek maddelerinin normal dağılım sergilediğini göstermektedir (Tablo 3) (116).

Tablo 3. BÖYÖ ölçek maddelerine ilişkin basıklık ve çarpıklık değerleri

Madde No	Kurtosis	Skewness	Madde No	Kurtosis	Skewness
BV1	0.402	-1.114	SY27	-1.308	0.553
BV2	0.974	-1.353	SY28	-1.299	0.538
BV3	0.745	-1.124	SY29	-0.295	1.027
BV4	0.984	-1.786	SY30	-1.069	-0.587
BV5	1.365	-1.463	SY31	0.852	-1.671
BV6	0.035	-0.966	SY32	1.028	-1.466
BV7	1.151	-1.366	SY33	0.985	-1.736
BV8	1.364	-1.741	SY34	0.863	-1.858
BV9	0.974	-1.548	SY35	1.274	-1.573
BV10	-0.395	-0.770	SY36	1.369	-1.814
BV11	-1.188	-0.383	SY37	1.028	-1.592
BV12	-0.645	-0.725	SY38	0.945	-1.381
BV13	-0.349	-0.863	SY39	-0.884	-0.667
BV14	-0.352	-0.653	SY40	-1.633	-0.056
BV15	0.140	-1.069	SY41	-1.086	0.641
BV16	0.684	-1.149	SY42	0.828	-1.540
BV17	0.842	-1.098	SY43	-1.143	0.548
BV18	-0.724	-0.734	SY44	-1.568	0.080
BV19	-0.436	-0.761	SD45	0.947	-1.021
HB20	0.957	-1.852	SD46	-0.844	-0.666
HB21	1.061	-1.268	SD47	-0.192	-0.904
HB22	1.214	-1.010	SD48	-1.376	0.165
HB23	1.278	-1.505	SD49	0.182	-1.100
HB24	-0.811	-0.498	SD50	1.461	-1.493
HB25	-0.798	-0.582	SD51	0.913	-1.342
SY26	-1.452	0.292			

4.1.3. Yapı Geçerliği

Yüzey ve kapsam geçerliğinin sağlanmasının ardından ölçeğin yapı geçerliliği test edilmiştir.

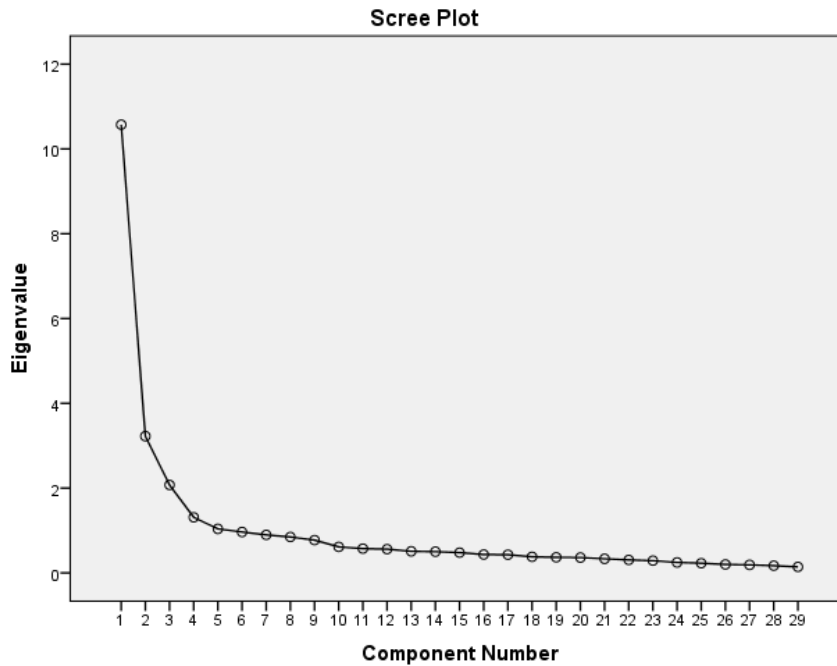
4.1.3.1. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)

Ölçeğin yapı geçerliliğinin belirlenmesi amacıyla açıklayıcı faktör analizi yöntemi kullanılmıştır. Açıklayıcı faktör analizinin uygulanabilirliğini sınamak için ön varsayım testleri KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) ve Bartlett testleri uygulanmıştır. Yapılan test sonucunda AFA ($KMO=0.913>0.60$) örneklemin büyüklüğünün faktör analizi için yeterli

olduğu tespit edilmiştir. Bartlett testi (Ki-kare= 5377.750; $p=0.000<0.05$) faktör analizine alınan değişkenler arasında ilişki olduğu göstermektedir.

Faktör analizinde anti image matrisi ile her bir madde için diyagonal örneklem yeterliliği (Measures of Sampling Adequacy) belirlenir. Bu değer (r) 0.5'in altında kaldığında ilgili madde analizden çıkartılır (117). Çalışmada maddelerin r değerleri 0.953 ile 0.978 arasında bulunmuştur.

Faktör analizi uygulamasında promax döndürme yöntemi uygulanmış ve döndürme işlemleri sonrasında faktör yükü düşük ve eş yükleme olan maddeler çıkartılarak döndürme işlemi tekrar edilmiştir. Faktör yük değeri 0.6 ve üzeri, eş yükleme kriteri 0.1 ve üzeri, öz değeri 1 ve üzeri alınmıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda 1. Döndürmede 6 madde (14, 18, 24, 30, 45, 51), 2. Döndürmede 7 madde (3, 9, 17, 16, 8, 15, 25), 3. Döndürmede 1 madde (4) çıkartılmıştır. Döndürme yöntemlerine ilişkin sonuçlar Ek 7'de verilmektedir. Yapılan son döndürme sonucunda değişkenler toplam açıklanan varyansı %59.246 olan 4 faktör bünyesinde toplanmıştır. Ölçeğe ait yamaç grafiği (scree plot) aşağıda sunulmaktadır.



Şekil 1. BÖYÖ faktör yamaç grafiği

Faktörlere ait yamaç grafiğinde ölçeğin üçüncü faktörden sonra kırılım sergilediği görülmüştür. Ölçeğe ait oluşan faktör yapısı, açıklanan varyans, özdeğer ve faktörlere ilişkin güvenirlik katsayıları aşağıda görülmektedir.

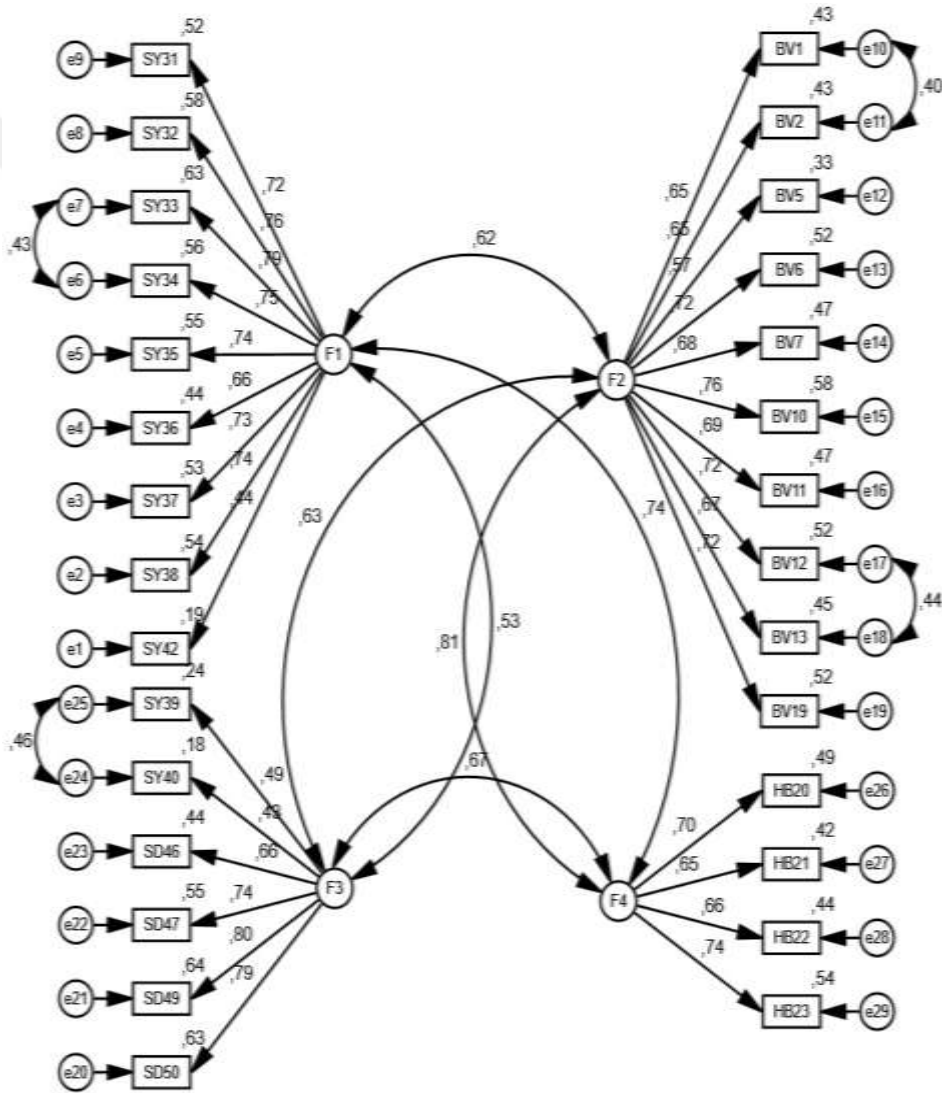
Ölçeği meydana getiren faktörlerin güvenirlik katsayılarının ve açıklanan varyans oranlarının yüksekliği ölçeğin güçlü bir faktör yapısına sahip olduğunu göstermektedir. Birinci faktörde yer alan maddeler “Sosyal Destek” olarak ele alınmıştır. İkinci faktörde yer alan maddeler “Bakım Verme” olarak ele alınmıştır. Üçüncü faktörde yer alan maddeler “Stres Yönetimi” olarak ele alınmıştır. Dördüncü faktörde yer alan maddeler “Hastalık Bilgisi” olarak ele alınmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. BÖYÖ alt boyutlarına göre ölçek maddeleri ve faktör yük değerleri

Boyut	Madde	Faktör Yüğü	Açıklanan Varyans	Cronbach's Alpha
Sosyal Destek (Özdeğer=10.572)	SY33	.840	36.456	0.902
	SY34	.840		
	SY32	.812		
	SY37	.806		
	SY36	.788		
	SY35	.786		
	SY42	.696		
	SY38	.670		
	SY31	.644		
Bakım Verme (Özdeğer=3.224)	BV12	.826	11.117	0.898
	BV6	.771		
	BV11	.767		
	BV1	.713		
	BV10	.711		
	BV5	.680		
	BV2	.674		
	BV13	.671		
	BV7	.651		
Stres Yönetimi (Özdeğer=2.074)	BV19	.638	7.152	0.842
	SD47	.762		
	SD49	.762		
	SY39	.754		
	SD50	.750		
Hastalık Bilgisi (Özdeğer=1.311)	SD46	.727	4.520	0.786
	SY40	.722		
	HB20	.769		
	HB23	.713		
	HB22	.701		
	HB21	.699		
Toplam Varyans %59.246; Cronbach Alpha=0.933				

4.1.3.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

Açıklayıcı faktör analizi neticesinde oluşan faktörlerin doğruluğu belirlemek amacıyla farklı bir örneklemden elde edilen veriler ile uyum sağlayıp sağlamadığını belirlemek için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. DFA öncesinde örnekleme ait KMO Bartlett testi uygulanmıştır. KMO değeri 0.900 ve Bartlett testi anlamlı (Ki-kare= 5377.750; $p=0.000<0.05$) bulunmuştur. Örneklem doğrulayıcı faktör analizi için uygundur. Doğrulayıcı faktör analize ilişkin diyagram aşağıda verilmektedir (Şekil 2).



literatürde bulunan araştırmalarda en sık kullanılan uyum iyiliği indeksleri kullanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizine ilişkin uyum iyiliği kriterleri ve elde edilen değerler aşağıda verilmektedir (Tablo 5) .

Tablo 5. Doğrulayıcı faktör analizi indeks değerleri (115, 118-122)

İndeks	Normal Değer	Kabul Edilebilir Değer*	Değer
χ^2/sd	<2	<5	3.10 (1137.609/367)
GFI	>0.95	>0.90	0.91
AGFI	>0.95	>0.90	0.90
CFI	>0.95	>0.90	0.90
NFI	>0.95	>0.90	0.90
RMSEA	<0.05	<0.08	0.07
RMR	<0.05	<0.08	0.06

*X²/Sd: Düzeltilmiş Kikare İstatistiği, GFI: Uyum İndeksi, CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, RMSEA:Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü, RMR: Artık Kareler Ortalamasının Karekökü, NFI: Normlaştırılmış Uyum İndeksi

Analiz sonuçlarından yola çıkarak hesaplanan uyum istatistikleri ile ölçeğin DFA sonucunda ortaya çıkan faktör yapısı arasında kabul edilebilir düzeyde uyum olduğu belirlenmiştir. Standardize edilmiş faktör yükleri ve t değerleri tabloda sunulmuştur (Tablo 6).

Tablo 6. Doğrulayıcı faktör analizi faktör yükleri

Maddeler ve Faktörler			β	Std. β	S.Hata	t	p
SY42	<---	F1	1.000	.436			
SY38	<---	F1	1.640	.736	.244	6.721	p<0.001
SY37	<---	F1	1.492	.725	.223	6.684	p<0.001
SY36	<---	F1	1.236	.660	.192	6.446	p<0.001
SY35	<---	F1	1.308	.745	.194	6.748	p<0.001
SY34	<---	F1	1.404	.746	.208	6.744	p<0.001
SY33	<---	F1	1.415	.792	.206	6.884	p<0.001
SY32	<---	F1	1.588	.763	.233	6.805	p<0.001
SY31	<---	F1	1.694	.718	.254	6.660	p<0.001
BV1	<---	F2	1.000	.652			
BV2	<---	F2	1.008	.653	.085	11.905	p<0.001
BV5	<---	F2	.840	.573	.102	8.204	p<0.001
BV6	<---	F2	1.022	.721	.102	9.975	p<0.001
BV7	<---	F2	.942	.684	.099	9.547	p<0.001
BV10	<---	F2	1.207	.760	.116	10.403	p<0.001
BV11	<---	F2	1.325	.687	.138	9.588	p<0.001
BV12	<---	F2	1.122	.718	.113	9.932	p<0.001
BV13	<---	F2	1.131	.670	.121	9.368	p<0.001
BV19	<---	F2	1.042	.722	.104	9.983	p<0.001
SD50	<---	F3	1.000	.791			
SD49	<---	F3	1.077	.801	.083	12.961	p<0.001
SD47	<---	F3	1.071	.741	.090	11.931	p<0.001
SD46	<---	F3	1.002	.665	.095	10.567	p<0.001
SY40	<---	F3	.701	.426	.108	6.517	p<0.001
SY39	<---	F3	.752	.489	.100	7.539	p<0.001
HB20	<---	F4	1.000	.701			
HB21	<---	F4	1.143	.650	.122	9.354	p<0.001
HB22	<---	F4	1.151	.665	.121	9.548	p<0.001
HB23	<---	F4	1.399	.735	.134	10.459	p<0.001

Standardize edilmiş katsayılar incelendiğinde faktör yükleri yüksek bulunmuştur. Standart hata değerleri düşük bulunurken t değerlerinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçların daha önce belirlenen faktör yapısına ait yapı geçerliliğini doğruladığı görülmektedir.

4.1.3.3. Yakınsak Geçerliliği ve Ayrışma Geçerliliği

Ölçüm modelindeki değişkenlerin yapı geçerliliği test edilirken yapı güvenilirliğini (CR - composite reliability) ve Ortalama Açıklanan Varyans (AVE – average variance extracted) değerleri incelenmiştir. AVE (average variance extracted) standardize edilmiş faktör yükleri karelerinin toplanıp madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Bu koşul sağlandığında yakınsak geçerliliği sağlanmış demektir (123). Composite reliability (CR) değerinin 0.7 den büyük olması yine yakınsak geçerliliğin göstergesidir (124). Yakınsak geçerliliğini sağlamak için, ölçeğin CR değerlerinin AVE değerlerinden yüksek olması aynı zamanda AVE değerinin de 0.5'ten yüksek olması istenmektedir (123). Tablo 7 de görüldüğü üzere CR değerleri AVE değerlerinden büyük aynı zamanda da AVE değerleri 0.5 ten büyüktür (Tablo 7).

Tablo 7. CR ve AVE değerleri

	CR	AVE
BÖYÖ Genel	0.836	0.614
Sosyal Destek	0.828	0.630
Bakım Verme	0.824	0.624
Stres Yönetimi	0.837	0.587
Hastalık Bilgisi	0.820	0.593

4.1.3.4. %27'lik Alt ve Üst Çeyreklik t-testi

Madde analizi için tercih edilen diğer bir yöntem, ölçeğin toplam puanının Alt %27 ile Üst %27'lik olarak grupları arasında anlamlı (önemli) farkın belirlenmesidir. Bu grupların arasında fark bulunması ayırt ediciliği belirlemektedir. İki grup arasında fark olmayışı en düşük ve en yüksek puan aralığının küçük olduğunu göstermektedir. Dar bir aralıkta ölçüm yapan ölçeğin farklılıkları ayırt etmediği sayılır. Araştırmada BÖYÖ puanlarında alt ve üst %27'lik gruplar arasında anlamlı farklılığı tespit etmek için yapılan t-testinin sonuçları tabloda verilmektedir (Tablo 8).

Tablo 8. BÖYÖ puanlarının alt %27-üst %27 gruplarına göre ortalamaları

Gruplar	Alt %27 (n=85)		Üst %27 (n=85)		t	sd	p
	Ort	Ss	Ort	Ss			
BÖYÖ Genel	3.239	0.326	4.906	0.120	-44.224	168	0.000
Sosyal Destek	3.527	0.765	4.966	0.114	-17.164	168	0.000
Bakım Verme	3.082	0.602	4.861	0.238	-25.332	168	0.000
Stres Yönetimi	2.790	0.641	4.859	0.327	-26.508	168	0.000
Hastalık Bilgisi	3.659	0.824	4.950	0.143	-14.239	168	0.000
*Bağımsız Gruplar T-Testi							

Ölçeğinin Alt%27 ile Üst %27 grupları arasında anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır($p<0.05$). Bu sonuçlara göre ölçeğin ayırt edici hassas ölçüm yaptığı saptanmıştır.

4.2. Güvenirlik Analizleri

BÖYÖ'nün güvenilirliğinin belirlenmesi amacıyla Cronbach Alpha, Spearman Brown, Guttman Split-Half testleri yapılmıştır. AFA örnekleminde BÖYÖ toplam Cronbach Alpha değeri 0.933 bulunmuştur. Aynı örnekleimde Cronbach Alpha değerleri Sosyal destek alt boyutu için 0.902, bakım verme alt boyutu için 0.898, stres yönetimi alt boyutu için 0.842, hastalık bilgisi alt boyutu için 0.786 olarak belirlenmiştir (Tablo 9).

AFA sonrası BÖYÖ toplam Spearman-Brown değeri 0.754, Sosyal destek alt boyutu için 0.834, bakım verme alt boyutu için 0.847, stres yönetimi alt boyutu için 0.759, hastalık bilgisi alt boyutu için 0.731 olarak belirlenmiştir (Tablo 9).

AFA sonrası BÖYÖ toplam Guttman Split-Half değeri 0.753, Sosyal destek alt boyutu için 0.837, bakım verme alt boyutu için 0.841, stres yönetimi alt boyutu için 0.749, hastalık bilgisi alt boyutu için 0.728 olarak belirlenmiştir. (Tablo 9).

DFA sonrası ise BÖYÖ toplam Spearman-Brown değeri 0.837, Sosyal destek alt boyutu için 0.831, bakım verme alt boyutu için 0.853, stres yönetimi alt boyutu için 0.722, hastalık bilgisi alt boyutu için 0.724 olarak belirlenmiştir (Tablo 9).

DFA sonrası BÖYÖ toplam Cronbach Alpha değeri 0.939, Sosyal destek alt boyutu için 0.902, bakım verme alt boyutu için 0.898, stres yönetimi alt boyutu için 0.842, hastalık bilgisi alt boyutu için 0.786 olarak belirlenmiştir (Tablo 9).

DFA sonrası ise BÖYÖ toplam Guttman Split-Half değeri 0.836. Sosyal destek alt boyutu için 0.819, bakım verme alt boyutu için 0.846, stres yönetimi alt boyutu için 0.721, hastalık bilgisi alt boyutu için 0.713 olarak belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. BÖYÖ güvenirlik analizi bulguları

Alt Boyutlar	AFA			DFA		
	Cronbach Alpha	SBC	GSHC	Cronbach Alpha	SBC	GSHC
BÖYÖ Genel	0.933	0.754	0.753	0.939	0.837	0.836
Sosyal Destek	0.902	0.837	0.837	0.894	0.831	0.819
Bakım Verme	0.898	0.847	0.841	0.900	0.853	0.846
Stres Yönetimi	0.842	0.759	0.749	0.819	0.722	0.721
Hastalık Bilgisi	0.786	0.731	0.728	0.778	0.724	0.713

SB: Spearman-Brown Coefficient; GSH: Guttman Split-Half Coefficient

Güvenirlik, katılımcıların ölçek maddelerine verdikleri yanıtlar arasındaki tutarlılıktır ve Cronbach's Alpha katsayısı ile belirlenmektedir. Ön analizler sonucunda ölçeğin güvenirliği (99, 125). Madde toplam korelasyon değerleri aşağıda verilmektedir (Tablo 10). Madde toplam korelasyon katsayısı 0.3 altında kalan 26, 27, 28, 29, 41, 43, 44, 48 numaralı maddeler AFA için yapılan güvenirlik analizinde iç tutarlılığı olumsuz etkilediğinden çıkartılmıştır. Madde toplam madde korelasyon değerlerinin AFA örneklemindeki veriler için 0.426-0.657, DFA örneklemini için 0.356-0.689 ve anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 10) ($p<0.05$).

Tablo 10. Ölçek geneli madde toplam korelasyon değerleri

Alt Boyutlar	AFA		DFA	
	Madde Toplam Madde r	Cronbach Alpha Değeri	Madde Toplam Madde r	Cronbach Alpha Değeri
Bakım Verme				
BV1	.483	.888	.556	.891
BV2	.498	.891	.612	.891
BV5	.566	.890	.536	.897
BV6	.581	.885	.619	.888
BV7	.550	.891	.612	.893
BV10	.581	.886	.641	.886
BV11	.591	.887	.582	.891
BV12	.651	.880	.655	.886
BV13	.607	.890	.605	.889
BV19	.579	.890	.647	.889
Hastalık Bilgisi				
HB20	.628	.679	.615	.726
HB21	.545	.734	.572	.742
HB22	.415	.767	.549	.724
HB23	.607	.751	.629	.703
Sosyal Destek				
SY31	.461	.900	.568	.883
SY32	.657	.886	.689	.880
SY33	.609	.885	.604	.875
SY34	.612	.886	.570	.878
SY35	.617	.889	.569	.880
SY36	.582	.886	.550	.884
SY37	.553	.885	.574	.880
SY38	.581	.898	.658	.880
SY42	.426	.902	.356	.903
SY26	-.242	.918		
SY27	-.300	.919		
SY28	-.267	.918		
SY29	-.249	.917		
SY41	-.035	.915		
SY43	.074	.914		
SY44	.057	.915		
Stres Yönetimi				
SY39	.548	.810	.570	.803
SY40	.598	.826	.480	.815
SD46	.472	.818	.477	.783
SD47	.549	.811	.511	.780
SD48	-.142	.917		
SD49	.503	.815	.580	.776
SD50	.587	.818	.583	.783

AFA güvenilirlik analizi sonucunda madde toplam madde korelasyon değeri 0.30 altında olan 26, 27, 28, 29, 41, 43, 44, 48 numaralı maddeler ölçekten çıkarılarak DFA analizi yürütülmüştür

Tablo 11. AFA için ölçek toplam ve alt boyutları arasındaki korelasyon değerleri

		BÖYÖ Genel	Sosyal Destek	Bakım Verme	Stres Yönetimi	Hastalık Bilgisi
BÖYÖ Genel	r	1.000				
	p	0.000				
Sosyal Destek	r	0.780**	1.000			
	p	0.000	0.000			
Bakım Verme	r	0.843**	0.432**	1.000		
	p	0.000	0.000	0.000		
Stres Yönetimi	r	0.784**	0.516**	0.511**	1.000	
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	
Hastalık Bilgisi	r	0.748**	0.519**	0.622**	0.456**	1.000
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

*<0.05; **<0.01; Pearson Korelasyon Analizi

BÖYÖ toplam ve alt boyutları arasındaki korelasyon analizleri incelendiğinde; BÖYÖ genel ile sosyal destek arasında $r=0.78$ pozitif yüksek, bakım verme arasında $r=0.843$ pozitif yüksek, stres yönetimi ile arasında $r=0.784$ pozitif yüksek, hastalık bilgisi ile arasında $r=0.748$ pozitif yüksek korelasyon bulunmuştur ($p=0.000<0.05$). Bakım verme ile stres yönetimi arasında $r=0.511$, hastalık bilgisi arasında $r=0.622$, stres yönetimi ile sosyal destek arasında $r=0.516$, hastalık bilgisi ile sosyal destek arasında $r=0.519$ pozitif orta korelasyon bulunmuştur ($p=0.000<0.05$). Bakım verme ile sosyal destek arasında $r=0.432$, hastalık bilgisi ile stres yönetimi arasında $r=0.456$ pozitif zayıf düzeyde korelasyon bulunmuştur ($p=0.000<0.05$) (Tablo 11).

Tablo 12. BÖYÖ'nün test-tekrar test puan korelasyonları ve karşılaştırması

Ölçümler	Test		Tekrar		N	t	p ^a	ICC ^b	r ^c
	Ort	Ss	Ort	Ss					
BÖYÖ Genel	3.963	0.658	3.898	0.750	51	0.897	0.374	0.842	0.735*
Sosyal Destek	4.183	0.805	4.307	0.820	51	-1.669	0.101	0.833	0.787*
Bakım Verme	3.947	0.902	4.039	0.878	51	-1.270	0.210	0.816	0.832*
Stres Yönetimi	3.435	0.910	3.530	0.916	51	-1.317	0.194	0.827	0.839*
Hastalık Bilgisi	4.299	0.783	4.395	0.673	51	-1.333	0.188	0.839	0.760*

a Bağımlı Grup T-Testi, b Intraclass Correlation Coefficient, c Pearson Korelasyon, *p<0.001

Test-tekrar test ölçümleri arasındaki uyuma ilişkin Intraclass Correlation Coefficient ve test-tekrar test korelasyon değerlerinin yüksek bulunduğu, test-tekrar test korelasyon değerleri arasında fark olmadığı saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 12). Bu bulguya göre ölçeğin kısa zamana bağlı olarak güvenilir ölçüm yaptığı söylenebilir.

4.3. BÖYÖ'nün Son Yapısı ve Hesaplanması

Ölçek genel ve alt boyut puanları hesaplanarak kullanılmaktadır. Ölçeğin genel ve alt boyutlarının puanları hesaplanması amacıyla aritmetik ortalama alınmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarından ve genelinden elde edilen puan aralıklarının eşdeğer olması sağlanmıştır.

Tablo 13. BÖYÖ ölçek maddeleri ve puan aralıkları

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Maddeler	Puan Aralığı
BÖYÖ Genel	29	BV1, BV2, BV5, BV6, BV7, BV10, BV11, BV12, BV13, BV19, HB20, HB21, HB22, HB23, SY31, SY32, SY33, SY34, SY35, SY36, SY37, SY38, SY39, SY40, SY42, SD46, SD47, SD49, SD50	1-5
Sosyal Destek	9	SY31, SY32, SY33, SY34, SY35, SY36, SY37, SY38, SY42	1-5
Bakım Verme	10	BV1, BV2, BV5, BV6, BV7, BV10, BV11, BV12, BV13, BV19	1-5
Stres Yönetimi	6	SY39, SY40, SD46, SD47, SD49, SD50	1-5
Hastalık Bilgisi	4	HB20, HB21, HB22, HB23	1-5

Ölçekten alınabilen puanlar 1 ve 5 arasında değişmektedir. Ölçek genel ve alt boyut puanlarının yükselmesi algılanan öz yeterlilik düzeyinde yükselmeyi göstermektedir. Ölçek

puan dağılım aralığının hesaplanması için, “Dağılım aralığı=En büyük değer- En küçük değer/ Derece sayısı” formülü kullanılmıştır. Bu aralık 4 puanlık genişliğe sahiptir. Bu genişliğin beş eşit kısma bölünerek 1.00- 1.79 arası “çok düşük”, 1.80- 2.59 arası “düşük”, 2.60- 3.39 “arası orta”, 3.40-4.19 arası yüksek, 4.20-5.00 arası çok yüksek şeklindeki sınır değerler belirlenmiştir (126) (Tablo 13).



5. TARTIŞMA

Yatağa bağımlı hastanın bakımı bilgi ve beceri gerektiren, devamlılık isteyen ve içerisinde çeşitli sorunlara çözüm sunmayı gerektiren dinamik bir süreçtir (26). Bu hastaların bakım süreci hem uzun soluklu hem de yüksek maliyetlidir. Bu yüksek maliyetin azaltılabilmesi aynı zamanda hastanın ait hissettiği bir ortamda olabilmesi için yatağa bağımlı hastaların bakımının evde yakını tarafından yaygın bir durumdur (9, 13). Uzun süre hastasına evde bakmaya devam eden bakım vericilerde zaman içerisinde çeşitli sorunlar ve tükenmişlik görülmektedir (17, 72). Öz yeterlilik düzeyi yüksek olan bakım vericilerin bakım sürecinde bir güçlükle karşılaştıklarında bunu aşabileceklerine dair kendine olan inançları ve istekleri daha fazla olacaktır. Bu nedenle yatağa bağımlı hastalar gibi çok yönlü bütüncül ve uzun süreli bakım gerektiren hastaların bakım vericilerinin öz yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi ve yükseltilmesi için gerekmektedir (23, 96, 109). Bu kapsamda yatağa bağımlı hastaların bakım vericilerinin öz yeterlilik düzeylerini belirleyecek bir ölçek geliştirilmesi amacıyla bu çalışma yürütülmüştür.

Bu bölümde üzerinde çalışılan BÖYÖ'nün geçerlik ve güvenirlik bulguları yer almaktadır. Ölçek geliştirme sürecinde ilk adım ölçülmek istenen özelliğin kuramsal ve kavramsal tanımlamasının yapılmasıdır (127). Ölçek geliştirme çalışmalarında elde edilmek istenen madde sayısının birkaç katı madde hazırlanarak sürece başlanması önerilmektedir. Ölçüm şekline uygun format seçilerek bu format dikkate alınıp soru havuzu oluşturulur (128). Bu düşünceden yola çıkarak 66 maddelik beşli Likert formatındaki taslak BÖYÖ maddeleri hazırlanmıştır. Hazırlanan taslak ölçeğin geçerli ve güvenilir olması gerekmektedir. Geçerlik ölçeğin hedeflenen özelliği ölçebiliyor olmasıdır. Geçerliğin sorgulanmasında ilk olarak yüzey geçerliği ardından kapsam geçerliği incelenmiştir. Literatür doğrultusunda oluşturulan taslak ölçeğe dair akran, Türkçe dil uzmanı ve alan uzmanı görüşleri alınmıştır.

Kapsam geçerliğinde ise her bir ölçek maddesinin hedef kavramı ne derece ölçebildiğini belirlemek için yapılmaktadır (129) Uzman görüşü için Lawshe tekniğinin kullanılmasına karar verilmiştir. Bu tekniğe göre uzman görüşleri “uygun, uygun ancak düzeltilmeli, çıkartılmalı” şeklinde seçenklendirilmiştir (111) Bu seçenekler nitel ifadelerdir. Bu nitel ifadelerin analiz edilebilmesi için nitel verilere dönüştürülmesi gerekmektedir. Bu nedenle her bir ölçek maddesine ait Kapsam geçerlik oranı; o madde için uygun diyen uzman sayısının uzman sayısının yarısına bölümünden bir çıkarılması ile

elde edilmektedir (112). Elde edilen KGO değerleri 20 uzmana ilişkin kritik değer olan 0,42 nin altında ise ilgili madde ölçekten çıkartılmaktadır (114). Lawshe tekniğine göre kapsam geçerliğinin sağlanması için en az 5 en fazla 40 uzman görüşü alınması yeterlidir (112). Uzman görüş formu düzenlenen ölçek 52 alan uzmanına e-mail ile gönderilmiş 20 uzmandan geri dönüş alınmıştır. Elde edilen görüşlerin analizi sonucunda 15 madde ölçekten çıkarılmış ölçek 51 maddeye indirilmiştir.

Uzman görüşleri doğrultusunda şekillendirilen taslak ölçeğin evreni temsil edebilecek özelliklere sahip daha küçük bir gruba uygulanarak ön denemesinin yapılması esas örnekleme uygulanmadan anlaşılabilirlik açısından varsa eksiklerin ya da hataların giderilmesini sağlamaktadır (127, 129). Pilot uygulama olarak isimlendirilen ön uygulamanın en az on ile on beş kişi üzerinde yapılması önerilmektedir (127). Çalışmada pilot uygulama 33 bakım verici ile yürütülmüştür ve ölçek taslağı son şeklini almıştır.

Yüzey ve kapsam geçerliği sağlanan 51 maddelik taslak BÖYÖ'nün yapı geçerliğinin sınanması için faktör analizi gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Faktör analizi için gerekli verilerin toplanacağı örneklem sayısının belirlenmesinde literatürde 50 ve üstü kişi çok yetersiz, 100 kişi yetersiz, 200 kişi uygun, 300 kişi iyi, 500 kişi çok iyi ve 1000 ve üzeri kişi mükemmel olarak belirtilmektedir (127). Çalışmanın örneklem sayısı 571 kişiyle bu bilgiye göre çok iyi kabul edilmektedir. Yapılan çalışmalara bakıldığında Gözümlü Ve Aksayan'ın çalışmasında 23 maddelik ölçek 133 kişilik örnekleme, Polat'ın çalışmasında ise 56 maddelik ölçek 252 kişilik örnekleme uygulanmış ve bu ölçeklerin geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir (7, 41).

Yapı geçerliğinde açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizine başvurulmuştur. AFA yapılmasındaki amaç verilerin oluşturduğu faktör yapısının belirlenmesidir. Diğer bir deyişle maddeler arasında kaç faktör olduğunu ve hangi maddelerin hangi faktörün ölçümüne hizmet ettiğini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. AFA sonucunda ölçekteki boyutların ve her bir boyut altındaki maddelerin saptanmasına yardım edecek olan faktör yükleri matrisinin oluşması hedeflenmektedir. Her bir maddenin faktör yükü o maddenin ilgili faktörle arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon katsayısıdır. Örneklem büyüklüğünün AFA için uygunluğuna ve normal dağılım gösterip göstermediğine bakmak için önce KMO ve Bartlett testi gerçekleştirilmiştir. KMO değerinin 0,5'ten yüksek ve Bartlett testi anlamlılık değerinin 0.05 ten küçük olması beklenmektedir (129). Bu koşulların sağlanması verilerin çok değişkenli olduğu ve normal dağıldığı anlamına gelmekte böylece

analize devam edilmektedir. Çalışmanın KMO değeri 0.913 ve Bartlett küresellik testi ($p:0.000$) ileri derecede anlamlı bulunmuştur. Ölçek maddelerinin faktör analizine uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla anti-image korelasyon değerleri incelenmiştir. Bu değerlerin 0.50 den yüksek olması gerekmektedir. Anti-image korelasyon değerleri 0,50 altında olan maddelerin ölçekten çıkarılması gerekmektedir. Taslak BÖYÖ anti image korelasyon değerleri 0.5 in üzerindedir. Ölçek maddelerine ilişkin KMO, Bartlett anlamlılık değeri ve anti-image korelasyon değerleri uygun bulunduğundan ölçeğin AFA'ne tabi tutulabileceği görülmüştür.

AFA ölçek geliştirme sürecinde var olan gizil faktör yapısını ortaya koymak için yapılmaktadır. AFA ile ortaya konan faktör yapısının başka bir veri seti kullanılarak DFA ile doğrulanmaktadır (129, 130). Çalışmada AFA ve DFA için farklı tarihlerde farklı örneklemelerden toplanan veri setleri kullanılmıştır. AFA sonucunda ölçeğin kaç faktörlü olacağına karar verilmektedir. Faktör sayısının belirlenmesinde yamaç eğim grafiği ve faktörlerin açıklanan varyans miktarını temsil eden öz değerler kullanılmaktadır. Faktör sayısı belirlenirken bu iki kriter birlikte kullanılmaktadır. Çalışmada yamaç eğim grafiği 4. Faktörde kırılım göstermektedir. Dört faktörlü yapıya sahip olduğu anlaşılan ölçeğin alt boyutları Sosyal Destek, Bakım Verme, Stres Yönetimi, Hastalık Bilgisi şeklindedir. BÖYÖ Sosyal Destek alt boyutuna ait öz değer 10.572, Bakım Verme alt boyutuna ait öz değer 3.224, Stres Yönetimi alt boyutuna ait öz değer 2.074, Hastalık Bilgisi alt boyutuna ait öz değer 1.311 olarak belirlenmiştir.

AFA gerçekleştirilirken hangi faktör çıkarma yönteminin seçileceğine karar verilerek analize başlanmaktadır. Yedi farklı faktör çıkartma yöntemi bulunmaktadır. Bunlar temel bileşenler analizi, maksimum olabilirlik analizi, temel eksen faktörler analizi, imaj-faktör analizi, genelleştirilmiş en küçük kareler analizi, ağırlıklandırılmamış en küçük kareler analizi ve alfa analizidir. İçlerinde en sık kullanılan temel bileşenler analizi yöntemidir. Temel bileşenler analizinde amaç her bileşen için maksimum varyansı belirlemektir (131). Çalışmada döndürülmüş temel bileşenler analizinden faydalanılmıştır. Eksen döndürme işlemi sonucunda belirlenen alt boyutlar için bağımsızlık, anlamlılık ve açıklık sağlanması hedeflenmektedir. Döndürmede ölçek maddelerinin bir faktördeki yükü azaltılıp diğer faktördeki yükü artırılarak ait oldukları faktör altında toplanmaları beklenmektedir. Döndürme yöntemleri eğik ya da dik olarak ikiye ayrılmaktadır. Dik döndürme yöntemleri kendi içerisinde varimax, quartimax, equamax olmak üzere üçe

ayrılmaktadır. Eğik döndürme yöntemleri ise promax ve oblimin olarak ikiye ayrılmaktadır. Döndürme sonucunda her bir maddenin ait olduğu faktörle ilişkisini gösteren faktör yükleri elde edilmiştir. Faktör yük değerlerinin 0.3 üzerinde olması kabul edilebilir, 0.5 üzerinde olması anlamlı ve 0.7 üzerinde olması iyi olarak ifade edilmektedir (125). BÖYÖ faktörleri arasında ilişki olduğu düşünüldüğünden promax döndürme yöntemi tercih edilmiştir. BÖYÖ maddelerinin faktör yüklerinin tamamı 0.6 üzerinde bulunmuştur.

Çok faktörlü ölçek yapılarında açıklanan toplam varyansın %40-%60 arasına olması yeterli görülmektedir (125). Çalışmada BÖYÖ toplam varyans değeri %59,246 iken Sosyal Destek alt boyutu ölçeğin %36.456'sını, Bakım Verme alt boyutu %11.117'sini, Stres Yönetimi alt boyutu ölçeğin %7.152'si ve Hastalık Bilgisi alt boyutu %4.520 sini açıklamaktadır.

BÖYÖ madde ayırt ediciliğinin sınanması için alt üst %27 çeyreklik gruplar analizi yapılmıştır. Analizin yapılması için önce ölçekten alınan tüm puanlar küçükten büyüğe sıralanmaktadır. Sıralanan ölçek puanlarından ilk ve son %27 lik gruplar alınarak karşılaştırması yapılmaktadır. Birbirinden bağımsız bu iki grubun karşılaştırılması sonucu anlamlı farklılık bulunması ölçeğin iç tutarlılığı olduğunu ifade etmektedir (125, 132). Ölçek birden fazla faktöre sahipse her bir faktör içerisinde alt üst %27 lik grupların belirlenerek ayrı ayrı analiz edilmesi gerekmektedir (125). Çalışmada alt üst %27 lik gruplarla yapılan karşılaştırma sonucunda anlamlı istatistiksel fark olduğu belirlenmiştir. BÖYÖ geniş aralıkta ölçüm yaparak farklılıkları hassas bir biçimde ayırt etmektedir.

Açıklayıcı faktör analizinin sınanmasından sonra ölçeğin yapı geçerliliği için DFA gerçekleştirilmiştir. Burada amaç açıklayıcı faktör analizinde ortaya çıkan faktör yapısının doğrulanmasıdır. DFA özellikleri önceden bilinen ölçek yapısının gözlemlenen ölçüleri ile gizli değişkenler ya da faktörler arasındaki ilişkiyi inceler (130). DFA öncesinde örneklem yeterliliğinin belirlenmesi için KMO ve Bartlett testi uygulanmıştır. AFA ile belirlenmiş olan BÖYÖ yapısının geçerliğini değerlendirmek için X^2/Sd , RMSEA, GFI, AGFI, CFI, RMR, NFI uyum indeksleri incelenmiştir. Ki-kare istatistiği faktör analizinde gözlenen ve beklenen kovaryanslar arasındaki fark miktarını ifade etmektedir ve kikare değerinin serbestlik derecesine bölünmesi sonucu elde edilir (133). Ki kare istatistik değeri sıfıra yaklaştıkça beklenen ve gözlemlenen kovaryans matrisleri arasındaki farkın çok az olduğu anlaşılmaktadır. Ki kare istatistik değerinin 5 in altında olması yapının kabul edilebilir bir

uyum istatistiğine sahip olduğunu belirtmektedir (118, 133). Çalışmada X^2/Sd değeri 3.10 p değeri ise anlamlı bulunmuştur. BÖYÖ'ne ait Ki kare uyum istatistiği kabul edilebilir düzeydedir. Bununla birlikte faktör analizinde kullanılan diğer iyim indekslerinden AGFI, GFI ve CFI değerinin 0.90 a eşit ya da büyük olmasının iyi uyumu gösterdiği belirtilmektedir. Çalışmada AGFI değeri 0.90 bulunmuştur. AGFI değerinin 0.90 ve üzerinde olması iyi uyum olduğunu göstermektedir (133, 134). BÖYÖ GFI uyum indeks 0.910 bulunmuştur. GFI ve NFI uyum indeksi olarak tanımlanmaktadır (133). GFI ve NFI uyum indeksinin 0.90 üzerinde olması kabul edilebilir uyum olduğuna işaret etmektedir. BÖYÖ CFI ve HFI uyum indeksi 0.90 bulunmuştur. CFI uyum indeksi değişkenler arasında ilişki olmadığını kabul ederek oluşturulan modelin yokluk modelinden farkını ortaya koyar (133). CFI değerinin 0.90 ve üzerinde olması ölçeğin iyi uyum sergilediğini göstermektedir (98, 125). Çalışmada RMR uyum değeri 0.60 bulunmuştur. RMR uyum değeri sıfıra yaklaştıkça modelin uyum iyiliğinin arttığı ifade edilmektedir. RMR değerinin 0.80'den düşük olması iyi uyum olduğunu göstermektedir (98, 135). Faktör analizinde kullanılan son uyum indeksi olan RMSEA değeri 0.70 belirlenmiştir. RMSEA değeri yaklaşık ortalamaların kareköküdür(133). Sıfır ve bir arasında değer alan RMSEA'nIN 0.5 ten küçük olması mükemmel uyumu, 0.80 den küçük olması iyi uyumu işaret etmektedir (134, 135). Çalışmada tüm uyum indeksleri istenilen değer aralıklarında bulunmuştur. Bu uyum indeksleri Ölçeğin 33 ile 34, 39 ile 40, 1 ile 2, 12 ile 13 maddelerine ilişkin hata terimleri arasında kovaryans tanımlanarak toplamda 4 modifikasyon yapıldıktan sonra elde edilmiştir. Modifikasyonlar teker teker yapılmış ve sonuçta iyim indekslerinin AFA'nde belirlenen yapı ile genel olarak uyumlu olduğu görülmüştür.

Geçerliliği sağlanan BÖYÖ için bir sonraki adım güvenirlik analizlerin yapılmasıdır. Güvenirlik analizi kapsamında ölçme aracının tekrarlı kullanımında tutarlı sonuçları vermesidir. Tutarlılık zaman içindeki tutarlılık ve iç tutarlılık olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Zaman içindeki tutarlılıkta aynı koşullar altında aynı kişilerle farklı bir zamanda uygulanan ölçme aracının ne ölçüde aynı sonuçlar verdiği. İç tutarlılık ise araştırma sorularının ne ölçüde aynı şeyi ölçebildiğini ortaya koymaktadır (136).

Ölçeğin iç tutarlılık güvenirliğinin analizi için Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı belirlenmiştir. Ölçek geliştirme çalışmalarında Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.6 ile 0.8 aralığında ise ölçek güvenilir, 0.8 ile 1 arasında ise ölçek yüksek düzeyde güvenilir olarak ifade edilmektedir. Polat çalışmasında ölçeğinin alt boyut Cronbach Alpha iç

tutarlılık katsayılarını 0.560-0.807 arasında olduğunu ve ölçeğinin güvenilir olduğunu belirtmektedir (41). BÖYÖ genel Cronbach Alpha değeri 0.933 bulunmuştur. Bu da ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir. BÖYÖ alt boyut Cronbach Alpha değerleri ise Sosyal Destek alt boyutunda 0.902, Bakım Verme alt boyutunda 0.898, Stres Yönetimi alt boyutunda 0.842 ve Hastalık Bilgisi alt boyutunda 0.786 olarak tespit edilmiştir.

Ölçeğin zaman içerisinde ne derece tutarlı ölçüm yaptığını ortaya koymak için Test-tekrar test analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda korelasyon katsayısının 0.70 den büyük ve anlamlı olması beklenmektedir. Bununla birlikte ilk ölçüm ile tekrar ölçümün sonuçları arasında istatistiksel anlamlılık olmaması istenmektedir (99, 132, 133). BÖYÖ test-tekrar test uygulamasında 51 bakım verici ile yapılan tekrar uygulaması sonucunda iki ölçüm arasında 0.81 üzerinde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İki ölçümün sonuçları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Dolayısıyla BÖYÖ'nin tutarlı ölçüm yaptığı ve ölçüm sonuçlarının zamana göre değişim göstermediği görülmüştür.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Yatağa bağımlı hastaların bakım vericileri için geliştirilen Bakım Verici Öz Yeterlilik Ölçeğinin yüzey ve kapsam geçerliği sağlanmıştır. Ölçeğin kapsam geçerliği sağlanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliği AFA ve DFA ile sağlanmıştır. AFA ve DFA için KMO değerlerine bakılarak örneklemin faktör analizine uygun olduğu belirlenmiştir. AFA sonucunda ölçeğin 9 maddelik sosyal destek alt boyutu, 10 maddelik bakım verme, 6 maddelik stres yönetimi ve 4 maddelik hastalık bilgisi alt boyutlarından meydana geldiği görülmüştür. Ölçek toplam 29 maddeden meydana gelmektedir. BÖYÖ Cronbach Alpha değerinin, Spearman Brown, Guttman, madde toplam madde korelasyon, faktörler arası korelasyon değerleri yüksektir. Test tekrar test uygulamasının ardından elde edilen sonuçların ilk sonuçlarla karşılaştırılmasında aralarında anlamlı bir fark olmadığı ve ölçeğin tutarlı ölçüm yaptığı tespit edilmiştir. BÖYÖ'nün yatağa bağımlı hastaların bakım vericilerinin öz yeterlik düzeyini ölçebilen 29 maddelik geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ortaya konulmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda

- BÖYÖ kullanılarak bakım vericilerin öz yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi
- Yatağa bağımlı hastanın bakım sürecinde bakım vericinin öz yeterliliğinin etkilerine yönelik çalışmalar yürütülmesi,
- Yeni geliştirilen BÖYÖ'nün farklı örneklem gruplarında kullanılması
- BÖYÖ'nün ülkemizde yeni tasarlanan çalışmalarda kullanılması
- BÖYÖ'nün diğer diğer dil ve kültürlerdeki geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının yürütülmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Arseven A (2016). Öz yeterlilik: bir kavram analizi. *Electronic Turkish Studies* 11(19): 63-80.
2. Steffen AM, McKibbin C, Zeiss AM, Gallagher-Thompson D, Bandura A (2002). The revised scale for caregiving self-efficacy: reliability and validity studies. *The Journals Of Gerontology Series B: Psychological Sciences And Social Sciences* 57(1): P74-P86.
3. Kulakçı H, Kuzlu Ayyıldız T, Emiroğlu ON, Köroğlu E (2012). Huzurevinde yaşayan yaşlıların öz yeterlilik algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 5(2): 53-64.
4. Toofany S (2008). How to promote a healthier tomorrow. *Nursing Older People* (Through 2013) 20(2): 17.
5. Boothby M, Salmon P (2013). Öz yeterlilik ve hemodiyaliz tedavisi: nitel ve nicel bir yaklaşım. *Türk Psikiyatri Dergisi* 24(2): 84-93.
6. Şahin BM, Özerdoğan N (2014). Başarılı emzirme için sosyal bilişsel ve emzirme öz-yeterlilik kuramlarına dayalı hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 11(3): 11-15.
7. Gözüm S, Aksayan S (1999). Öz-etkililik-yeterlik ölçeği'nin türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2(1): 21-34.
8. Ökten Ç (2017). Kemoterapi uygulanan kolorektal kanserli hastalarda orem öz bakım eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin öz bakım gücü, kaygı, yalnızlık ve iyilik haline etkisi. *Doktora Tezi. Akdeniz Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Antalya.*
9. Fadiloğlu Ç, Ertem G, Aykar F (2013). Evde sağlık ve bakım. Birinci baskı. Göktuğ Yayıncılık, Amasya; Sayfa 89-138.
10. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğanyılmaz D, Erdem S (2010). Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi* 11: 125-132.

11. Işık O, Kandemir A, Erişen MA, Fidan C (2016). Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 19(2): 171-186.
12. Uzan MM, Eğici MT, Toprak D (2017). Evde sağlık hizmeti kapsamındaki hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumları. *Journal of Academic Research in Medicine* 7(3): 51-59.
13. Öztop H, Şener A, Güven S (2008). Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 1(1): 39-49.
14. Dinç L (2010). Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 17(2): 74-82.
15. Kasımoğulları E (2020). Yatağa Bağımlı Bireylere Bakım Verenlerin Yaşam Doyumu ve Özbakım Gücü İlişkisi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İstanbul.
16. Çoban M, Esatoğlu AE (2004). Evde bakım hizmetlerine genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History* 12(2): 109-120.
17. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Canlı Özer Z (2011). Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi* 38(1): 57-65.
18. Adegbola M (2011). Spirituality, self-efficacy, and quality of life among adults with sickle cell disease. *Southern Online Journal of Nursing Research* 11(1): 1-16.
19. Durmaz H, Okanlı A (2014). Investigation of the effect of self-efficacy levels of caregiver family members of the individuals with schizophrenia on burden of care. *Archives of Psychiatric Nursing* 28(4): 290-294.
20. Açıksöz S, Uzun Ş, Arslan F (2016). Hemşirelik öğrencilerinde öz yeterlilik algısı ile klinik uygulamaya ilişkin kaygı ve stres durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 58: 129-135.
21. Márquez-González M, Losada A, López J, Peñacoba C (2009). Reliability and validity of the Spanish version of the revised scale for caregiving self-efficacy. *Clinical Gerontologist* 32(4): 347-357.

22. Mollaoğlu M (2011). Diyaliz hastalarında yeti yitimi, günlük yaşam aktiviteleri ve öz yeterlilik durumu. TAF Preventive Medicine Bulletin 10(2): 181-186.
23. Yıldırım A, Buzlu S, Hacıhasanoğlu Aşlar R, Camcıoğlu TH, Erdiman S, Ekinci M (2014). Şizofreni hastalarının ailelerine uygulanan aileden aileye destek programının hastalık hakkında bilgi, aile yükü ve öz yeterlilik üzerine etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 24: 1-7.
24. Gilliam CM, Steffen AM (2006). The relationship between caregiving self-efficacy and depressive symptoms in dementia family caregivers. Aging and Mental Health 10(2): 79-86.
25. Akpınar NB, Ceran MA, Şafak Ş, Özkalp B (2019). Hemodiyaliz hastalarının öz yeterlilik durumu, bakım gereksinimi ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme düzeyleri. Hemşirelik Bilimi Dergisi 2(1): 5-10.
26. Özkan ÇG, Bayrak B, Demirbağ BC (2022). Ev ortamında yatağa bağımlı hastanın bakım vericilerinin bakım yükü ve kaygı düzeyine yönelik hemşirelik girişimleri. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi 4(1): 89-101.
27. Citlik Sarıtaş S, Erci B (2019). Psychometric evaluation of the drug avoidance self-efficacy scale. Journal of Substance Use 24(5): 492-496.
28. Bijl Jvd, Poelgeest-Eeltink Av, Shortridge-Baggett L (1999). The psychometric properties of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus. Journal Of Advanced Nursing 30(2): 352-359.
29. Cavkaytar A, Aksoy V, Ardic A (2014). Ebeveyn öz yeterlik ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışmasının güncellenmesi. Anadolu Journal Of Educational Sciences International 4(1): 69-76.
30. Villagonzalo K-A, Leitan N, Farhall J, Foley F, McLeod B, Thomas N (2018). Development and validation of a scale for self-efficacy for personal recovery in persisting mental illness. Psychiatry Research 269: 354-360.
31. Tuthill EL, McGrath JM, Graber M, Cusson RM, Young SL (2016). Breastfeeding self-efficacy: a critical review of available instruments. Journal of Human Lactation : Official Journal of International Lactation Consultant Association 32(1): 35-45.

32. Quinn-Nilas C, Milhausen RR, Breuer R, Bailey J, Pavlou M, DiClemente RJ, Wingood GM (2016). Validation of the sexual communication self-efficacy scale. *Health Education & Behavior* 43(2): 165-171.
33. Hill EM, Watkins K (2018). Development and initial validation of the appropriate antibiotic use self-efficacy scale. *Patient Education and Counseling* 101(10): 1838-1845.
34. Aypay A (2010). Genel öz yeterlik ölçeği'nin (GÖYÖ) Türkçe'ye uyarlama çalışması. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 11(2): 113-132.
35. Yıldırım F, İlhan İÖ (2010). Genel öz yeterlilik ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 21(4): 301-308.
36. Cavkaytar A, Aksoy V, Ardiç A (2014). Ebeveyn öz yeterlik ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışmasının güncellenmesi. *Anadolu Journal of Educational Sciences International* 4(1): 69.
37. Çelik E (2012). Evli bireylerin cinsel özgüven düzeyleri ile cinsel öz-yeterlik, evlilik yaşam doyumu ve cinsel utangaçlıkların incelenmesi. Doktora Tezi. Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitimde Psikolojik Hizmetler Ana Bilim Dalı, Sakarya
38. Adadioğlu Ö, Oğuz S (2016). Epilepsi ve öz yönetim. *Epilepsi: Journal of the Turkish Epilepsy Society* 22(1): 1-4.
39. Tatlıoğlu SS (2021). Öğrenmeye sosyal-bilişsel bir bakış: Albert Bandura. *Sosyoloji Notları* 5(1): 15-30.
40. Nabavi RT (2012). Bandura's social learning theory & social cognitive learning theory. *Theory of Developmental Psychology* 1: 24: 1-29
41. Polat G (2019). Gestasyonel diyabette öz yeterlilik ölçeği : Bir ölçek geliştirme çalışması. Yüksek Lisans Tezi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
42. Bandura A (2018). Toward a psychology of human agency: Pathways and reflections. *Perspectives on Psychological Science* 13(2): 130-136.
43. Bolat, O. İ. (2011). Öz yeterlilik ve tükenmişlik ilişkisi: lider-üye etkileşiminin aracılık etkisi. *Ege Akademik Bakış* 11(2): 255-266.

44. Delibaş L, Erci B (2021). Supporting disease management of type 1 diabetic children with social cognitive theory-based education. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 15(2): 404-413.
45. Şerbetçioğlu C (2019). Kişilerarası iletişimde normal dışı davranışların sosyal öğrenme kuramı bağlamında incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Ana Bilim Dalı, İstanbul.
46. Kaya N, Tastan N (2020). Özgüven üzerine bir derleme. *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 10(2): 297-312.
47. Ceyhan YŞ, Ünsal A (2018). Farklı kronik hastalığı olan bireylerin öz-etkililik düzeylerinin karşılaştırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 11(4): 263-273.
48. Kadioğlu M, Ergün A (2015). Üniversite öğrencilerinin yeme tutumu, öz-etkililik ve etkileyen faktörler. *Clinical and Experimental Health Sciences* 5(2): 96-104.
49. Sergek E, Sertbaş G (2006). SSK hastanesinde çalışan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ve öz-etkililik, yeterlilik düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 9(1): 41-48.
50. Doménech-Betoret F, Abellán-Roselló L, Gómez-Artiga A (2017). Self-efficacy, satisfaction, and academic achievement: the mediator role of students' expectancy-value beliefs. *Frontiers in Psychology* 8: 1193.
51. Kansu AF, Hızlısayar G (2018). Öz yeterlik, yaşam anlamı ve yaşam bağlılığı kavramları üzerine bir inceleme. *Üsküdar Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi Etkileşim* (1): 78-89.
52. Demirci F (2021). Bilişim teknolojileri öğretmenlerinin ve öğretmen adaylarının öz-yeterlik kaynakları ile teknolojik pedagojik alan bilgileri arasındaki ilişki. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Eğitimi Ana Bilim Dalı, Ankara.
53. Erci B (2006). Reliability and validity of the turkish version of generalized perceived self-efficacy scale. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 9(2): 57-62.

54. Büster S (2020). Böbrek nakli olan hastalarda kontrol odağı, öz yeterlik algısı ve tedaviye uyum. Yüksek lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
55. Uzar FN (2010). İlköğretim öğrencilerinin matematik dersine yönelik öz-yeterliliğini besleyen kaynakların farklı değişkenlere göre incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İlköğretim Ana Bilim Dalı, Ankara.
56. Miller JE (2019). Academic self-efficacy, sources of self-efficacy in math, and academic achievement in online learning. Grand Canyon University Philosophy, Arizona.
57. Ruegg R (2018). The effect of peer and teacher feedback on changes in EFL students' writing self-efficacy. The Language Learning Journal 46(2): 87-102.
58. Tanrikulu F (2021). Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylere yönelik hemşire liderliğinde vaka yönetimi modeline temellendirilmiş aile destek programının geliştirilmesi ve etkisinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı, Sakarya.
59. Soner S, Aykut S (2017). Alzheimer hastalık sürecinde bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları güçlükler ve sosyal hizmet. Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 3(2): 375-387.
60. Kaplan E (2020). Evde yatağa bağımlı hastaya bakım veren bireylerde bakım yükü ve spiritüel iyi oluş ilişkisi. İstanbul Okan Üniversitesi Hemşirelik, İstanbul.
61. Taşdelen P, Ateş M (2012). Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. Hemşirelikte eğitim ve araştırma dergisi 9(3): 22-29.
62. Çayır Y (2013). Evde sağlık hizmetleri alan hastaların özellikleri ve bakım verenlerin beklentileri. Konuralp Medical Journal 5(3): 9-12.
63. Bilgili N, Gözüm S (2014). İnmeli hastaların evde bakımı: bakım verenler için rehber. Dokuz Eylül Üniversitesi hemşirelik fakültesi elektronik dergisi 7(2): 128-150.

64. Karabal N (2020). Yatağa bağımlı hastalara bakım verenlerde sağlık algısı ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Evde Bakım Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Samsun.
65. Bektaş Akpınar N, Aşkın Ceran M (2019). Kronik hastalıklar ve rehabilitasyon hemşireliği. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 3(2): 140-152.
66. Akdemir N (2006). Rehabilitasyon ve hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 13(1): 82-91.
67. Bilgehan T, İnkaya B (2021). Palyatif hastalarına bakım veren bireylerin bakım yükü ve etkileyen faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 24(1): 51-58.
68. Öner Altıok H, Şengün İnan F, Üstün B (2011). Bakım: kavram analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 4(3): 137-140.
69. Uğur Ö, Fadıloğlu Z (2012). Kanser hastasına bakım verenlere uygulanan planlı eğitimin bakım veren yükü üzerine etkisi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 1(2): 53-58.
70. Sağlam Z, Koç Z, Çınarlı T, Korkmaz M (2016). Altmışbeş yaş ve üzeri bireylere bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükü ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi 1(2): 40-60.
71. Ay S, Ünübol H, Ezer S, Omay O, Sayar GH (2017). Evaluation of the relationship between caregiver burden, coping styles and levels of anxiety and depression in caregivers of old age patients. Family Practice and Palliative Care 2(3): 38-44.
72. Kalinkara V, Kalaycı I (2017). Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 10(2): 19-39.
73. Lafcı D, Yıldız E, Toru F, Karakaya D (2020). Kanser hastalarında bakım yükü ve bakım verenlere etkisi. Health Care 7(2): 105.
74. Egici MT, Kök Can M, Toprak D, Zeren Öztürk G, Esen ES, Özen B (2019). Palyatif bakım merkezlerinde tedavi gören hastalara bakım veren bireylerin bakım yükleri ve tükenmişlik durumları. Journal of Academic Research In Nursing 5(1): 1-8.

75. Khan F, Pallant J, Brand C (2007). Caregiver strain and factors associated with caregiver self-efficacy and quality of life in a community cohort with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation* 29(16): 1241-1250.
76. Meyer K, Glassner A, Norman R, James D, Sculley R, LealVasquez L, Hepburn K, Liu J, White C (2022). Caregiver self-efficacy improves following complex care training: results from the learning skills together pilot study. *Geriatric Nursing* 45: 147-152.
77. Hampton MM, Newcomb P (2018). Self-efficacy and stress among informal caregivers of individuals at end of life. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 20(5): 471-477.
78. Bandura A (2005). Guide for constructing self-efficacy scales. Pajares F, Urdan T (Ed.) *Self-efficacy beliefs of adolescents*. Information Age Publishing, united states of america, Sayfa: 307-337.
79. Park J, Tolea MI, Arcay V, Lopes Y, Galvin JE (2019). Self-efficacy and social support for psychological well-being of family caregivers of care recipients with dementia with Lewy bodies, Parkinson's disease dementia, or Alzheimer's disease. *Social Work in Mental Health* 17(3): 253-278.
80. Gallagher D, Ni Mhaolain A, Crosby L, Ryan D, Lacey L, Coen RF, Walsh C, Coakley D, Walsh JB, Cunningham C (2011). Self-efficacy for managing dementia may protect against burden and depression in Alzheimer's caregivers. *Aging & Mental Health* 15(6): 663-670.
81. Grano C, Lucidi F, Violani C (2017). The relationship between caregiving self-efficacy and depressive symptoms in family caregivers of patients with Alzheimer disease: a longitudinal study. *International psychogeriatrics* 29(7): 1095-1103.
82. Merluzzi TV, Philip EJ, Vachon DO, Heitzmann CA (2011). Assessment of self-efficacy for caregiving: the critical role of self-care in caregiver stress and burden. *Palliative & Supportive Care* 9(1): 15-24.
83. Sezgin MG, Bektaş H (2021). Lenfoma hastalarıyla yaşayan aile üyelerinin bakım verme yükü. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal* 8(1): 1-14.

84. George NR, Steffen A (2014). Physical and mental health correlates of self-efficacy in dementia family caregivers. *Journal of Women & Aging* 26(4): 319-331.
85. Kershaw T, Ellis KR, Yoon H, Schafenacker A, Katapodi M, Northouse L (2015). The interdependence of advanced cancer patients' and their family caregivers' mental health, physical health, and self-efficacy over time. *Annals of Behavioral Medicine* 49(6): 901-911.
86. Siciliano M, Santangelo G, Trojsi F, Di Somma C, Patrone M, Femiano C, Monsurro MR, Trojano L, Tedeschi G (2017). Coping strategies and psychological distress in caregivers of patients with amyotrophic lateral sclerosis (ALS). *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration* 18(5-6): 367-377.
87. Öğür Z, Gözüm S, Taş E, Yalçındağ N, Alpak M, Hayran OE (2019). The influence of the education provided to family caregivers on bedridden patients and caregivers: A randomized controlled study. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 13(3): 318-334.
88. Zhu W, Jiang Y (2018). A meta-analytic study of predictors for informal caregiver burden in patients with stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 27(12): 3636-3646.
89. Liu Z, Heffernan C, Tan J (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International journal of nursing sciences* 7(4): 438-445.
90. Metin ZG, Helvacı A (2019). Kalp yetersizliği hastalarına bakım veren aile üyelerinde algılanan bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing* 10(22): 59-66.
91. Suluhan D (2016). Gastrostomisi olan çocukların ebeveynlerine verilen orem'in öz bakım kuramına dayalı eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi Doktora Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Ankara.
92. Alligood MR (2017). *Nursing theorists and their work*. 10th edition Elsevier Health Sciences, Sayfa: 240-255.
93. Hartweg DL, Metcalfe SA (2022). Orem's self-care deficit nursing theory: relevance and need for refinement. *Nursing Science Quarterly* 35(1): 70-76.

94. Tuna Hİ (2020). Romatoid artrit tanılı geriatrik bireylere orem modeline göre verilen hemşirelik bakımının el semptomları ve yaşam aktivitelerine etkisi. Doktora Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Eskişehir.
95. Bayat M, Karadağ A, Çalışkan N, Baykara Z (2017). Hemşirelik Teorileri ve Modelleri. Birinci baskı. Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, Sayfa: 79-92.
96. Karadağlı F (2017). Kemoterapi uygulanan hastalarda öz bakım yetersizliği kuramına göre öz bakım davranışları ölçeğinin geliştirilmesi. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İstanbul.
97. Önal B (2021). Öz Bakım Yetersizliği Kuramı. Demirbağ BC (Ed). Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla. Akademisyen Kitabevi, Ankara, 101-112.
98. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş (2012). Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve LISREL Uygulamaları. Pegem Akademi, Ankara, Sayfa: 21-97.
99. Tavşancıl E (2018). Tutumların Ölçülmesi ve Spss ile Veri Analizi. 6. baskı. Nobel Akademi Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti, Ankara, 1-230.
100. Cingil D, Gözüm S (2008). Yaşlı bireyler için “Aile üyeleri tarafından verilen bakımı değerlendirme envanteri” nin geçerlilik ve güvenirliği. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 1(1): 5-18.
101. Selçuk KT, Avcı D (2016). Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 7(1): 1-9.
102. Karaman S, Karadakovan A (2015). İnme hastalarına bakım veren hasta yakınlarının bakıma hazır oluşluk ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 31(1): 1-10.
103. Karadağlı F, Ecevit Alpar Ş (2017). Bir ölçek geliştirme çalışması: Kemoterapi uygulanan hastalarda özbakım yetersizliği kuramına göre özbakım davranışları ölçeği. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 10(3): 168-181.
104. Gottlieb BH, Rooney JA (2003). Validation of the RIS eldercare self-efficacy scale. Canadian Journal on Aging 22(1): 95-107.

105. Karagöz Y, Bardakçı S (2020). Bilimsel Araştırmalarda Kullanılan Ölçme Araçları ve Ölçek Geliştirme. 1. Baskı. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti, Ankara, 45-97.
106. Kurşun Ş, Kanan N (2012). Bakım davranışları ölçeği-24'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 15(4): 229-235.
107. Karaman S, Karadakovan A (2015). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakıma hazır oluşluk ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 31(1): 1-10.
108. Ulusoy N, Graessel E (2017). Subjective burden of family caregivers with Turkish immigration background in Germany. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 50(4): 339-346.
109. Banik, A., Schwarzer, R., Knoll, N., Czekierda, K., & Luszczynska, A. (2018). Self-efficacy and quality of life among people with cardiovascular diseases: A meta-analysis. Rehabilitation Psychology, 63(2), 295-312.
110. Whitehead AL, Julious SA, Cooper CL, Campbell MJ (2016). Estimating the sample size for a pilot randomised trial to minimise the overall trial sample size for the external pilot and main trial for a continuous outcome variable. Statistical Methods In Medical Research 25(3): 1057-1073.
111. Yeşilyurt S, Çapraz C (2018). Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliği için bir yol haritası. Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 20(1): 251-264.
112. Yurdugül H. 2005 Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, Denizli 28-30 Eylül 2005,1-6.
113. Ayre C, Scally AJ (2014). Critical values for Lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. Measurement And Evaluation In Counseling And Development 47(1): 79-86.
114. Lawshe CH (1975). A quantitative approach to content validity. Personnel Psychology 28(4): 563-575.

115. Tabachnick BG, Fidell LS (2013). Using multivariate statistics: International edition. 6 ed. Pearson Education Limited, London, Sayfa: 672-810.
116. George D. 2011 SPSS for windows step by step: A simple study guide and reference. Fourth Edition (11.0 update). Canadian University College, Canada: 107-117.
117. Field A (2012). Discovering statistics using IBM SPSS statistics sage. Third edition. SAGE Publications Ltd, Canada: 110-152.
118. Şimşek ÖF (2020). Yapısal eşitlik modellemesine giriş: Temel ilkeler ve LISREL uygulamaları. Ekinoks Yayıncılık, Ankara, Sayfa: 77-120.
119. Schumacker RE, Lomax RG (2010). A beginner's guide to structural equation modeling. Routledge/Taylor & Francis Group, London: 198-267.
120. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER (2016). Measurement in nursing and health research. Fifth edition. Springer Publishing Company, United States of America: 87-89.
121. Wang J, Wang X (2019). Structural equation modeling: Applications using Mplus. Second edition. John Wiley & Sons, New York: 197-254.
122. Sümer N (2000). Yapısal Eşitlik Modelleri: Temel Kavramlar ve Örnek Uygulamalar. Türk Psikoloji Yazıları 3(6): 49-74.
123. Fornell C, Larcker DF (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. Journal Of Marketing Research 18(1): 39-50.
124. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham R (2010). Multivariate data analysis. Seventh edition. Harlow Pearson Education Limited, United Kingdom: 478-493.
125. Büyüköztürk Ş (2021). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı, İstatistik, Araştırma Deseni SPSS Uygulamaları ve Yorum. 29. baskı. Pegem Akademi, Ankara, Sayfa: 001-214.
126. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V (1993). Biyoistatistik. 4. baskı. Özdemir Yayıncılık Ankara, Sayfa: 45-79.

127. Erkuş A (2016). Psikolojide Ölçme ve Ölçek Geliştirme-I: Temel Kavramlar ve İşlemler. 3. baskı. Pegem Akademi, Ankara, Sayfa: 52-94.
128. Karakoç FY, Dönmez L (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. Tıp Eğitimi Dünyası 13(40): 39-49.
129. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN (2014). Hemşirelikte araştırma: süreç, uygulama ve kritik Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, Sayfa: 218-358.
130. Orçan F (2018). Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi: İlk hangisi kullanılmalı. Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi 9(4): 413-421.
131. Karaman H, Atar B, Aktan Çobanoğlu D (2017). Açımlayıcı faktör analizinde kullanılan faktör çıkartma yöntemlerinin karşılaştırılması. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi 37(3): 1173-1193.
132. Alpar C (2016). Spor sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik güvenirlik. 7. baskı. Detay Yayıncılık, Ankara, Sayfa: 147-194.
133. Çapık C (2014). Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 17(3): 196-205.
134. Karadaş A, Yıldırım A. (2019). Yönetici hemşirelerde algılanan güç kaynağı: bir ölçek geliştirme çalışması. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 1(6): 1-10.
135. Evci N, Aylar F (2017). Ölçek geliştirme çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. Sosyal Bilimler Dergisi 4(10): 389-412.
136. Yağar F, Dökme S (2018). Niteliksel araştırmaların planlanması: araştırma soruları, örneklem seçimi, geçerlik ve güvenirlik. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi 3(3): 1-9.



EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı kapsamında doktora tez çalışması olarak yürütülmektedir. Araştırma sonucunda evde yatağa bağımlı hastasına bakım veren bireylerin öz yeterlilik düzeylerini belirleyecek bir ölçek geliştirilecektir.

Araştırma kapsamında **Kişisel Bilgi Formu** ve **Yatağa Bağımlı Hastaların Bakım Vericileri İçin Öz Yeterlilik Ölçeği** kullanılacaktır. İki formu doldurmanız yaklaşık 20 dakikanızı alacaktır. İfadelere hastanıza bakım verirken yaptıklarınızı düşünerek eksiksiz ve gerçeği yansıtacak şekilde cevap vermeniz çalışmanın amacına ulaşmasına katkı sağlayacaktır. Tarafınızdan alınan bilgiler yalnızca bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacak ve gizli tutulacaktır. Bu bilgiler araştırma kapsamı dışındaki herhangi bir kişi ya da kurumla asla paylaşılmayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Arş. Gör. Leyla ADIGÜZEL

Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

A-Bakım Veren Kişiye Ait Bilgi Formu:

1-Yaş:

2-Cinsiyet:

☐ Kadın ☐ Erkek

3-Medeni Durum

☐ Evli ☐ Bekar

4-Eğitim Düzeyi

☐ Okuryazar Değil ☐ Okuryazar ☐ İlk-Orta Öğretim ☐ Lise ☐ Ön lisans-Lisans
☐ Lisansüstü ☐ Diğer:

5- Gelir düzeyi

☐ Gelir Giderden Az ☐ Gelir Gidere Denk ☐ Gelir Giderden Fazla

6-Hasta ile yakınlık düzeyiniz:

☐ Eşiyim ☐ Anne-Babasıyım ☐ Çocuğuyum ☐ Geliniyim ☐
Kardeşiyim ☐ Büyük Anne-Büyük Babasıyım ☐ Diğer:

7- Sosyal güvenceniz var mı?

☐ Var ☐ Yok

8-Çalışma durumunuz:

☐ Çalışıyorum ☐ Çalışmıyorum

9-Sigara ya da alkol kullanımı:

☐ Var ☐ Yok

10-Bakım verme süreniz:

☐ 1 yıl altı ☐ 1-3 yıl ☐ 4-6 yıl ☐ 7 yıl ve üzeri

Ek 2. Bakım Verici Öz Yeterlilik Ölçeği

BAKIM VERİCİ ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ (29 madde)

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
BAKIM VERME					
Hastanın solunumla ilgili sorun ve ihtiyaçlarına çözüm sağlayabilirim					
Hastanın boşaltımla ilgili sorun ve ihtiyaçlarına çözüm sağlayabilirim					
Hastanın iletişim konusundaki sorun ve ihtiyaçlarına çözüm sağlayabilirim					
Hastanın uykuya ilişkin sorunlarını belirleyip çözebilirim					
Hastanın beden ısısı ile ilgili sorunlara çözüm sağlayabilirim					
Hastanın kas-kemik sağlığını korumak için yapmam gerekenleri bilirim					
Hastanın üreme sağlığına ilişkin sorun ve ihtiyaçlarına çözüm sağlayabilirim					
Hastanın psikolojik sorunlarına ve gereksinimlerine çözüm sağlayabilirim					
Hastanın çalışma ve eğlence konusundaki sorun ve ihtiyaçlarına çözüm sağlayabilirim					
Hastayı bakarken ani gelişen problemlere çözüm üretebilirim					
HASTALIK BİLGİSİ					
Hastalığının ne olduğunu biliyorum					
Hastanın ilaçları hakkında yeterli bilgiye sahibim					
Hastanın bakımı ve tedavisi ile ilgili eksik bilgilerimi tamamlamak için sağlık personelinin destek alabilirim					
Hastanın tahlillerinin düzenli yapılmasını sağlarım					
SOSYAL DESTEK					
Hastayla tartışmaya girmemek için çaba gösteririm					
Hastanın stresini azaltan aktiviteleri yapmasına destek olabilirim					
Hastanın ailesiyle ilişkilerini sürdürbilmesine destek olabilirim					
Hastanın sevdiği insanlarla iletişim kurmasına destek olabilirim					
Hastanın kendini kaldığı yere ait hissetmesini sağlayabilirim					
Hastaya ön yargılı davranmam					
Hastanın odasını isteğine göre düzenlerim					
Hasta ihtiyaç duyuyorsa psikolojik destek almasını sağlayabilirim					
Hastaya bakım verirken mahremiyetine özen gösteririm					
STRES YÖNETİMİ					
Kendime düzenli olarak zaman ayırabilirim					
Kendime zaman ayırmak istediğimde yakınlarım hastaya bakar					
Acil durumlarda yakınlarımın hastaya ve bana destek olacağını bilirim					
Hastaya bakarken ailem bana destek oluyor					
Hastanın ölümle ilgili kendini ifade etmesine yardımcı olabilirim					
Hastanın cinsel açıdan kendini ifade etmesine yardımcı olabilirim					

Ek 6. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu araştırma, evde yatağa bağımlı hastasına bakım veren hasta yakınlarının öz yeterlilik düzeylerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırma, KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Leyla ADIGÜZEL ve Profesör Doktor Birsal Canan DEMİRBAĞ tarafından planlanmaktadır.

Kronik hastalıkların özellikle yaşlı grupta artması, ülke nüfusumuzun giderek yaşlanması gibi nedenlerle yatağa bağımlı hasta sayımız giderek artmaktadır. Bizim gibi gelenekselliğini hala yitirmemiş toplumlarda hastalar yakınları tarafından sıklıkla yaşadıkları ortamda bakılmaktadır. Bunun yanı sıra ülkemizdeki sosyal devlet anlayışı ile yapılan yasal düzenlemeler hem maddi hem manevi olarak hastaya evde bakım veren bireyleri desteklemeyi amaçlamaktadır. Bu nedenle yatağa bağımlı olan bireyin evde bakım alması giderek yaygınlaşmakta ve önem kazanmaktadır. Gittikçe yaygınlaşan evde hasta bakımı beraberinde bakım veren kişinin yeterli donanımına ve motivasyona sahip olması gerekliliğini de getirmiştir. Bakım veren bireyin bilgi-becerisi kadar hastaya verdiği bakımı doğru ve etkili şekilde sonuna kadar yürütebileceğine dair kendine olan inancı o bakım vericinin öz yeterliliğini ifade etmektedir. Özetle bakım vericinin bakıma ilişkin motivasyonu da denebilir. Bakım vericinin bakıma dair inancındaki azalma hastanın iyi bir bakım almasının önündeki önemli engellerdendir. Sağlık çalışanları olarak hastaların daha iyi bir bakım almasını sağlamak görevimizdir. Bu nedenle bakım veren kişilerin motivasyonunu azaltan engelleri iyi bir ölçme aracı ile belirlemeli ve saptanan sorunlar ortadan kaldırılmalıdır. Bu amaçla geliştirmekte olduğumuz ölçeğin etkili bir ölçüm aracı olup olmadığını saptamak için siz yatağa bağımlı hastaya bakım veren hasta yakınlarının bu soru formunu cevaplamasını talep etmekteyiz.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Araştırmaya katılıp katılmamada özgürsünüz. Katılmama yönündeki kararınız burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz yönde etkilemeyecektir. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilecek bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Ben yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Sorularıma yeterli yanıtlar aldım. Bana verilen hizmeti etkilemeksizin ve araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımdan elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın Adı-Soyadı:

Araştırmacının Adı-Soyadı:

İmza

İmza

Ek 7. (Devam)

6-Hastanın uykuya ilişkin sorunlarını belirleyip çözebilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

7-Hastanın yatak yarası olmaması için gerekli girişimleri yapabilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

8-Hastanın beden ısı ile ilgili sorunlara çözüm sağlayabilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

9-Hastanın güvenliği için alınması gereken kişisel önlemleri bilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

10-Hastanın güvenliği için alınması gereken çevresel önlemleri bilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

11-Hastanın kas-kemik sağlığını korumak için yapmam gerekenleri bilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

12-Hastanın üreme sağlığına ilişkin sorun ve ihtiyaçlarına çözüm sağlayabilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

13-Hastanın psikolojik sorunlarına ve gereksinimlerine çözüm sağlayabilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

14-Hastanın cilt ve mukozasının sağlığını korumak için yapmam gerekenleri bilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

15-Hastanın ilaç tedavisini yürütebilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

16-Hastanın bakımında hijyen uygulamalarının önemini bilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

17-Hastamda enfeksiyon gelişmemesi için almam gereken önlemleri bilir ve uygularım

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

18-Hastanın çalışma ve eğlence konusundaki sorun ve ihtiyaçlarına çözüm sağlayabilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

Ek 7. (Devam)

19-Hastanın bakımı için gerekli olan cihazları kullanabilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

20-Hastanın bütçesini yönetebilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

21-Hastanın kişisel temizliğini sağlayabilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

22-Hastanın yatağını ve odasını temiz tutabilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

23-Hastayı iyi bir şekilde bakabilecek bilgi ve beceriye sahibim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

24-Hastayı bakarken yardıma ihtiyaç duymam

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

25-Hastayı bakarken ani gelişen problemlere çözüm üretebilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

HASTALIK BİLGİSİ

26-Hastalığının ne olduğunu biliyorum

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

27-Hastanın ilaçları hakkında yeterli bilgiye sahibim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

28-Hastanın bakımı ve tedavisi ile ilgili eksik bilgilerimi tamamlamak için sağlık personelinin destek alabilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

29-Hastanın tahlillerinin düzenli yapılmasını sağlarım

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

30-Bakım işlemlerinden sonra ortaya çıkan atıkların ev çöpünden ayrı poşetlenerek atılmasını sağlarım

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

Ek 7. (Devam)

31-Hastanın bakımı için kullanılan cihaz ve malzemelerin temizlik ve bakımını yapabilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

32-Acil durumlarda yapılacakları ve aranacak numaraları bilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

33-Hastanın bakımı ile ilgili yeterli eğitim aldım

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

STRES YÖNETİMİ

34-Hastanın bakımı beni sınırlandırıyor

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

35-Hastanın istek ve düşüncelerini anlayabiliyor ve karşılayabiliyorum

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

36-Hastanın bakımı beni fiziksel olarak zorlar

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

37-Hastanın bakımı beni ekonomik olarak zorlar

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

38-Hastanın bakımı beni manevi yönden zorlar

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

39-Hastanın bakımı beni ailevi yönden zorlar

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

40-Hastaya sinirlendiğimde sesimi yükseltebilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

41-Hastanın tekrarlı soruları beni sinirlendirmez

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

42-Hastayla tartışmaya girmemek için çaba gösteririm

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

Ek 7. (Devam)

43-Hastanın stresini azaltan aktiviteleri yapmasına destek olabilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

44-Hastanın ailesiyle ilişkilerini sürdürebilmesine destek olabilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

45-Hastanın sevdiği insanlarla iletişim kurmasına destek olabilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

46-Hastanın kendini kaldığı yere ait hissetmesini sağlayabilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

47-Hastaya ön yargılı davranmam

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

48-Hastanın odasını isteğine göre düzenlerim

☐ Uygun

☐ Uygun ancak düzeltilmeli

☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

49-Hasta ihtiyaç duyuyorsa psikolojik destek almasını sağlayabilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

50-Hastanın ölümle ilgili kendini ifade etmesine yardımcı olabilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

51-Hastanın cinsel açıdan kendini ifade etmesine yardımcı olabilirim ☐ 1 puan: uygun değil

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

52-Hastaya bakım verdiğim süre zarfında daha stresli ve sinirli oldum

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

53-Hastaya bakım verirken mahremiyetine özen gösteririm

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

54-Hastaya bakmaya istekliyim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

Ek 7. (Devam)

55-Hastaya bakarken gergin hissediyorum

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

56-Hastaya bakmaya başladıktan sonra yaşam kalitem azaldı

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

57-Hastaya bakarken genel olarak endişeliyim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

SOSYAL DESTEK

58-Hastayla iletişimimiz iyidir

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

59-Kendime düzenli olarak zaman ayırabilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

60-Kendime zaman ayırmak istediğimde yakınlarım hastaya bakar

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

61-Hastayla anlaşmazlık yaşayabiliriz

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

62-Hastaya bakmaya başlamadan önce hayatımın daha güzel olduğunu düşünürüm

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

63-Bakım süreci sosyal çevremden uzaklaşmama neden oldu

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

64-Acil durumlarda yakınlarımın hastaya ve bana destek olacağını bilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

65-Hastaya bakarken ailem bana destek oluyor

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

66-Hastanın sosyalleşebilmesi için olanak sağlayabilirim

☐ Uygun ☐ Uygun ancak düzeltilmeli ☐ Çıkarılmalı

Öneri.....

2. **Adıgüzel, L., & Demirbağ, B. C. ,** (2020). 65 Yaş Ve Üstü Kişilerde Kronik Konstipasyonun Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi , Vol.4, No.2, 71-79.
3. Demirbağ, B. C. , & **Adıgüzel, L.,** (2018). Göç Ve Yaşlı. Türkiye Klinikleri Dergisi , Vol.4, No.3, 53-58.
4. Sarı, C., **Adıgüzel, L., & Demirbağ, B. C. ,** (2022). Opinions Of Students Studying In Associate Degree Health-Related Departments Requiring Professional Practice And Skills Towards Web-Based Distance Education During The Pandemic: A Cross-Sectional-Descriptive Study. Iranian Red Crescent Medical Journal , Vol.24, No.1, 1-8.
5. Sarı, C., **Adıgüzel, L., & Demirbağ, B. C. ,** (2021). Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Kuru Göz Sendromu Semptom Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Akademisyenleri Dergisi , Vol.8, No.3, 191-198.
6. Sarı, C., **Adıgüzel, L., & Demirbağ, B. C. ,** (2020). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Ağız Sağlığı Ve Ağız Bakım Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi , Vol.29, No.1, 15-23.

Bildiriler

1. **Adıgüzel, L., Sarı, C., & Demirbağ, B. C. ,** (2021). Hemsirelik Bolumu İlk Ve Son Sınıf Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Eğilimleri Ve Bireysel Yenilikçilik Düzeyleri . 2. Uluslararası 3. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Turkey
2. **Adıgüzel, L., Sarı, C., & Demirbağ, B. C. ,** (2021). Sağlık Alanında Eğitim Gören Öğrencilerin Organ Bağışına Yönelik Bilgi Ve Tutumlarının Karşılaştırılması: Lisans Ve On Lisans Örneği . 2. Uluslararası 3. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Turkey
3. **Adıgüzel, L., Sarı, C., & Demirbağ, B. C. ,** (2019). Son Sınıf Hemşirelik Öğrencilerinin Kültürler Arası İletişim Kaygısı Düzeyinin Belirlenmesi . 2. Uluslararası 19 Mayıs Yenilikçi Bilimsel Yaklaşımlar Kongresi
4. **Adıgüzel, L., Sarı, C., & Demirbağ, B. C. ,** (2019). 18 Yaş Ve Üzerindeki Kadınların Kanser Tarama Yöntemlerine İlişkin Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının Belirlenmesi . 2. Uluslararası 19 Mayıs Yenilikçi Bilimsel Yaklaşımlar Kongresi

5. **Adıgüzel, L.**, Sarı, C., Demirtürk, E., & Demirbağ, B. C. , (2018). Çocuklarda İhmal Edilen Sağlık Hakkı: Aşılama. 5. Ulusal 1. Uluslararası Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi (Pp.592-594). Sakarya, Turkey
6. **Adıgüzel, L.**, Sarı, C., Demirtürk, E., & Demirbağ, B. C. , (2018). İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Annelerinin Paraziter hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeyleri . 1. Uluslararası 5.Ulusal Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi (Pp.604-606). Kocaeli, Turkey
7. **Adıgüzel, L.**, Sarı, C., Demirtürk, E., & Demirbağ, B. C. , (2018). Göçmen Çocukların Sorunları . 3. Uluslararası Çocuk Koruma Kongresi (Pp.59). Ordu, Turkey
8. **Adıgüzel, L.**, Demirtürk, E., Sarı, C., & Demirbağ, B. C. , (2018). Aşı Karşıtlığı . 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi
9. **Adıgüzel, L.**, Sarı, C., Demirtürk, E., & Demirbağ, B. C. , (2018). Göç Ve Yaşlı . 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi (Pp.334). Ankara, Turkey
10. Demirbağ, B. C., & **Adıgüzel, L.**, (2021). Covid-19 Pandemi Döneminde Kadınlarının Evdeki Sorunları . 3. Uluslararası Sağlık Bilimlerinde Multidisipliner
11. Çalışmalar Kongresi, Ankara, Turkey
12. Demirbağ, B. C. , & **Adıgüzel, L.**, (2017). Evaluation Of Effect Of Chronic Constipation On The Quality Of Life İn People 65 Years And Older . İnternational Congress Of Blacksea Nursing Education
13. B. C. Demirbağ And **L. Adıgüzel**, "Covid-19 Pandemi Sürecinde Adölesanların Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Düzeyleri," 3. Uluslararası Sağlık Bilimlerinde Multidisipliner Çalışmalar Kongresi , Ankara, Turkey, 2021
14. Demirbağ, B. C. , **Adıgüzel, L.**, & Sarı, C., (2019). 18- 45 Yaş Arası Kadınların Human Papilloma Virüs(Hpv) Aşısınaait Bilgi Düzeyi Ve Aşılama Sıklığınındeğerlendirilmesi . 2. Uluslararası 19 Mayıs Yenilikçi Bilimsel Yaklaşımlar Kongresi
15. Sarı, C., **Adıgüzel, L.**, & Demirbağ, B. C. , (2019). Öğrencilerin Organ Bağışı Bilgi Ve Tutum Düzeyinin Değerlendirilmesi: Bir Meslek Yüksekokulu Örneği . 2. Uluslararası 19 Mayıs Yenilikçi Bilimsel Yaklaşımlar Kongresi