

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ
ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKİYE'DE
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

EMİNE ÇATAL

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR-2007

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ
ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKİYE'DE
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

EMİNE ÇATAL

TEZ DANIŞMANI
YARD. DOÇ. AKLİME DİCLE

“Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği’nin Türkiye’de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” isimli bu tez 13.07.2007 tarihinde tarafımızdan değerdendirilerek başarılı bulunmuştur.

Jüri Başkanı

Yar. Doç. Dr. Aklime DİCLE

Jüri Üyesi

Yard. Doç Dr. Saniye ÇİMEN

Jüri Üyesi

Yard. Doç Dr. Özgül KARAYURT

TEŐEKKÜR

Tez çalıőmam sũresince en bũyũk desteği aldığım danıőmanım, değerli hocam Sayın Yard. Doç. Dr. Aklime DİCLE'ye, değerli katkılarından dolayı Sayın Prof. Dr. Gũlseren KOCAMAN'a, Sayın Yard. Doç. Dr. Őzgũl KARAYURT'a, Sayın Yard. Doç. Saniye ÇİMEN'e,

Uzman gŐrũőlerinde Önerileri ve değerlendirmeleri ile katkı veren değerli hemşirelik Őęretim ũyesi hocalarıma,

Tezimin İzmir Atatũrk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yũrũtũlmesi aşamasında destek sağlayan 1, 2, 3 ve 4. Genel Cerrahi Klinikleri sorumlu hemőirelerine ve emeiği geçen tũm hemşire arkadaőlarıma,

Tezimin her aşamasında destekleyici ve motive edici tutumlarından dolayı sevgili aileme ve arkadaőlarıma,

Tez çalıőmama katılımlarıyla destek sağlayan tũm hastalara en içten saygı ve sevgilerimle yũrekten teőekkũr ederim.

Emine ÇATAL

İzmir-2007

İÇİNDEKİLER

TABLO DİZİNİ	iv
ŞEKİL DİZİNİ	v
ÖZET	
Türkçe.....	1
İngilizce	2

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı	6

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. Cerrahi Hastalarının Taburculuktaki Bilgi Gereksinimleri	7
2.2. Kültürlerarası Ölçek Uyarlama	13
2.2.1. Ölçek Uyarlama Aşamaları.....	14
2.2.1.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi/Dil Uyarlaması	15
2.2.1.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi/Geçerlik Güvenirlik.....	16
2.2.1.2.1. GEÇERLİK(validity)	16
2.2.1.2.2. GÜVENİRLİK (reliability)	25
2.2.1.3. Kültürlerarası Karşılaştırma	34

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi	36
3.2. Araştırmanın Yeri.....	36
3.3. Araştırmanın Planı.....	36
3.4. Araştırmanın Örneklemi	36
3.5. Veri Toplama Araçları.....	39
3.5.1. Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu.....	39
3.5.2. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (Patients Learning Needs Scale).....	39

3.6. Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	42
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	42
3.8. Araştırma Etiği	43
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	44

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. HÖGÖ'nin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi.....	45
4.1.1. HÖGÖ'nin Dil Geçerliğinin İncelenmesi	46
4.1.2. HÖGÖ'nin İçerik Geçerliğinin İncelenmesi	46
4.1.3. HÖGÖ'nin Güvenirlik Analizlerinin İncelenmesi.....	49
4.1.3.1. HÖGÖ'nin Tanımlayıcı Özelliklerinin İncelenmesi	49
4.1.3.2. HÖGÖ'nin İç Tutarlığının İncelenmesi.....	51
4.1.3.3. HÖGÖ'nin Madde Analizlerinin İncelenmesi	52
4.1.4.HÖGÖ'nin İç Ölçüt Geçerliğinin İncelenmesi.....	56

BÖLÜM V

TARTIŞMA

5.1. HÖGÖ Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi	58
5.1.1. HÖGÖ'nin Dil Geçerliğinin İncelenmesi	58
5.1.2. HÖGÖ'nin İçerik Geçerliğinin İncelenmesi	58
5.1.3. HÖGÖ'nin Güvenirlik Analizlerinin İncelenmesi	60
5.1.3.1. HÖGÖ'nin Tanımlayıcı Özelliklerinin İncelenmesi	60
5.1.3.2. HÖGÖ'nin İç Tutarlığının İncelenmesi	60
5.1.3.3. HÖGÖ'nin Madde Analizlerinin İncelenmesi	63
5.1.4. HÖGÖ'nin İç Ölçüt Geçerliğinin İncelenmesi	67

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar	68
6.2. Öneriler	70
KAYNAKLAR	71

EKLER

- Ek-1: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğini Geliştiren N. Bubela ve Arkadaşları'ndan Alınan İzin Belgesi
- Ek-2: D.E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul Kararı
- Ek-3: İzmir İl Sağlık Müdürlüğünden Alınan İzin Belgesi
- Ek-4: İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinden Alınan İzin Belgesi
- Ek-5: Araştırmaya Katılan Hastalardan Alınan Bilgilendirilmiş Onam Formu
- Ek-6: Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu
- Ek-7: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği-Türkçe Formu
- Ek-8: Patient Learning Needs Scale-İngilizce Formu

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=250)	37
Tablo 2. Hastaların Tıbbi Tedavi Durumuna Göre Dağılımı (n=250)	38
Tablo 3. HÖGÖ ve Alt Ölçeklerin Madde ve Puanları	40
Tablo 4. Orijinal HÖGÖ ve Alt Ölçeklerin Cronbach Alpha Değerleri ve Alt Ölçek Toplam Puanı ile Ölçek Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonun İncelenmesi (n=301)	41
Tablo 5. HÖGÖ'nin Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	43
Tablo 6. HÖGÖ'nin İçerik Geçerliğinde Uzman Görüşlerinin İncelenmesi (n=13)	47
Tablo 7. HÖGÖ ve Alt Ölçeklerinin Tanımlayıcı Özelliklerinin İncelenmesi (n=250)	50
Tablo 8. HÖGÖ ve Alt Ölçeklerin Cronbach Alfa Değerlerinin İncelenmesi (n=250)	51
Tablo 9. HÖGÖ'nin Madde-Toplam Puan Korelasyonunun İncelenmesi (n=250)	52
Tablo 10. HÖGÖ'nin Alt Ölçek Madde Puanları ile Alt Ölçek Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonun İncelenmesi (n=250)	54
Tablo 11. HÖGÖ'nin Ölçek Toplam Puanı ile Alt Ölçek Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonun İncelenmesi (n=250)	56
Tablo 12: HÖGÖ'nin İç Ölçüt Geçerliğinin İncelenmesi (n=250)	57
Tablo 13. Orijinal HÖGÖ'nin Uzun Versiyon (50 Madde) Kullanılarak Yapılan Araştırma Sonuçlarından Elde Edilen Cronbach Alfa Değerleri	62

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. HÖGÖ'nin Türkiye'deki Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesinde İzlenen Çalışma Aşamaları.....	45
---	----

HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKİYE'DE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Emine ÇATAL

ÖZET

Amaç: “Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin (The Patient Learning Needs Scale) Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmektir.

Yöntem: Metodolojik bir çalışmadır. Araştırmada ölçek sahibinden, kurumdan ve hastalardan yazılı izin ve etik kurul onayı alınmıştır. Araştırma örneklemini, bir devlet hastanesinde dört genel cerrahi kliniğinde ameliyat olan 250 hasta oluşturmuştur. Bubela ve arkadaşları (1990) tarafından geliştirilen Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek 50 madde ve yedi alt ölçekten oluşmakta, Likert tipi 1-5 arasında değerlendirilmektedir. Ölçeğin orjinalinde iç tutarlık güvenilirlik katsayısı 0.95, madde toplam puan korelasyonları $r=0.69-0.85$ arasındadır.

Bulgular: Ölçeğin dil geçerliğinde, 4 uzman tarafından İngilizce'ye çevirisi ve 4 uzman tarafından da Türkçe'ye geri çevirisi yapılmıştır. İçerik geçerliği için 13 uzmandan görüş alınmış, yapılan analizde uzman puanlarının uyumlu olduğu görülmüştür (KW=0.100, $p=0.07$). İç ölçüt geçerliğinde, alt ve üst grup puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($t=26.610$, $p=0.00$). İç tutarlık güvenilirlik katsayısı, toplam ölçek için 0.93, alt ölçekler için sırasıyla İlaçlar 0.82, Yaşam Aktiviteleri 0.83, Toplum ve İzlem 0.57, Duruma İlişkin Duygular 0.61, Tedavi ve Komplikasyonlar 0.79, Yaşam Kalitesi 0.80 ve Cilt Bakımı'nda 0.65'tir. Madde analizi sonucu madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0.20-0.66 arasında ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.000$).

Sonuç ve Öneriler: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de cerrahi hastalarının taburculuktaki öğrenim gereksinimlerini incelemede geçerli ve güvenilir olarak kullanılabilceği sonucuna varılmıştır. Dahiliye ve cerrahide spesifik hasta gruplarının öğrenim gereksinimlerini belirlemede ölçeğin kullanılması ve tekrar değerlendirilmesi, ölçeğin gücünü yükseltecek ve kullanımını yaygınlaştıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Öğrenim gereksinimleri, taburculuk, cerrahi hastası, hemşirelik, ölçek, geçerlik ve güvenilirlik.

**A VALIDITY AND RELIABILITY STUDY
OF THE PATIENT LEARNING NEEDS SCALE
IN TURKEY**

ABSTRACT

Objective: Evaluation of the validity and reliability of “The Patient Learning Needs Scale” in Turkey.

Method: This is a methodological study. Written consent was obtained from the owner of the scale, the institution and patients with also approval of the concerned ethics committee. The study sample was composed of 250 patients who underwent surgeries at four main surgery clinics of a public hospital. The Patient Learning Needs Scale developed by Bubela et al (1990) was translated into Turkish. The scale is consisted of 50 items and 7 subscales which are assessed by a Likert type 1-5 rating scale. The internal consistency coefficient of the original scale is 0.95 and the total item score correlations (r) range between 0.69-0.85.

Results: The scale was translated into English by 4 specialists and re-translated into Turkish by 4 specialists for the language validity. For the content validity, opinions of 13 experts were obtained and following an analysis, the scores of the experts were found to be consistent with each other (KW=0.100, p=0.07). The difference between the mean scores of the subgroup and the superior group was detected to be significant (t=26.610, p=0.00). The internal consistency reliability coefficient was 0.93 for the total scale and for the subscales it was as follows: medications, 0.82; activities of living, 0.83; community and follow-up, 0.57; feelings related to condition, 0.61; treatment and complications, 0.79; enhancing quality of life, 0.80; skin care, 0.65. As a result of the item analysis, the item-total score correlation coefficients were found to be statistically significant ranging between 0.20-0.66 (p=0.000).

Conclusion and suggestions: The Patient Learning Needs Scale was concluded to be valid and reliable utilized in Turkey for the investigation of the surgery patients’ learning needs at discharge. The employment and re-evaluation of the scale in determining the learning needs of specific patient groups in surgical and medical clinics will increase the capacity of the scale and generalize its utilization.

Keywords: Learning needs, discharge, surgical patient, nursing, scale, validity and reliability.

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık sorunu nedeniyle hastaneye yatan bireye verilen sağlık hizmeti, tıbbi ve cerrahi uygulamaları içermektedir (1). Cerrahi; tanı (diagnostik), bakıp görme (eksploratif), tedavi (küratif) ve semptomları azaltma (palyatif) amacıyla acil ya da planlı olarak uygulanabilir. Cerrahi girişim büyük ya da küçük, acil ya da planlanmış olsun, hastayı hem psikolojik hem de fizyolojik olarak etkileyen yeni sorunlar (2,3) ve belirsizlikler meydana getirmektedir (4). Belirsizlik, herhangi bir durumu kontrol edememekten kaynaklanan yetersizlik duygusunu tanımlamaktadır (4,5). Bu duygular ve yaşanan belirsizlikler bireyde stres yaratır. Lazarus ve Folkman (1987) pozitif düşünmenin bireylerin durumlarına daha olumlu bir şekilde bakabilmelerini ve belirsizlikten uzaklaşmalarını sağladığını ileri sürmüşlerdir (6).

Hastalık, kaza, ameliyat gibi durumlar bireyin “beden bütünlüğünü” tehdit eder (7). Tedavi olanağının bir cerrahi girişime bağlı olduğunu öğrenme, hasta ve yakınları için stresli bir dönemin başlamasına neden olmaktadır (2,8). Tehdit edici bir olay karşısında yeniden uyum sağlamaya çalışan bireyler, olayı objektif yorumlama ve etkili başetme davranışları geliştirmek için bilgi arayışı içine girerler (7,9). Averill (1973); kişilerin bilgi aramasının, hastalıktaki olay sırasını saptama (kognitif kontrol), yaşamlarını düzenlemedeki seçimler (karar verme kontrolü) ve kendilerini etkileyen olayları kontrol etme (davranışsal kontrol) olarak üç aşamada olduğunu belirtmektedir.

Hastaneye yatan ve cerrahi girişim geçiren hastaların yaşamlarının kontrolünü tekrar kazanabilmesi, sağlığı ile ilgili sorunlarını çözümlenebilmesi için normal bir yetişkinden daha fazla bilgiye, desteklenmeye, kabullenilmeye anlaşılmalı ve açıklanmaya gereksinimi vardır. Diğer bir deyişle mesleki yardıma gereksinimi vardır (2,3,7,10,11). Hastaların ameliyat öncesi eğitimi ve hazırlığı, ameliyat sonrası bakımı ve taburculuk planında, hasta ve ailesinin eğitimi sağlık ekibinin tüm üyelerinin olmakla birlikte öncelikli hemşirenin sorumluluğundadır (12,13). Ülkemizde hastaların ameliyat öncesi beklentileri ve bilgi gereksinimleri konusunda yapılan çalışmalar, hemşirelerin ameliyat öncesi eğitimde etkin rol almadıklarını, hasta ve ailesinin

ameliyat öncesi ve sonrası bilgi gereksinimlerinin yeterli şekilde karşılanamadığını göstermektedir (14-17).

Hasta gereksinimlerinin karşılanamadığı bir hazırlık dönemi ve planlı yapılmayan eğitim, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemle ilgili olarak hastayı olumsuz etkileyecek ve kurumun bakım kalitesini düşürecektir. Hastaların ameliyata ilişkin daha fazla anksiyete ve korku yaşamasına neden olacaktır. Hastaların kendilerini psikolojik olarak bağımlı hissetmesine, günlük yaşam aktivitelerini sürdürememesine, ayağa kalkma zamanının ve iyileşme sürecinin gecikmesine, hastanede kalma süresinin uzamasına ve dolayısıyla sağlık bakım hizmetlerinin maliyetinin artmasına, hasta memnuniyetinin azalmasına yol açacaktır. Ameliyat sonrası ağrının kontrol altına alınmasında, komplikasyonların önlenmesinde, erken tanılanması ve erken tanılanması ve tedavi edilmesinde ve taburculuk için hastanın hazırlanmasında güçlük yaşanmasına neden olabilir (12).

Cerrahi girişim sonrası taburcu olacak hasta ve yakınlarının taburculuk planı, yapılan ameliyata ve hastanın bireysel özelliğine göre farklılık göstermekle birlikte; evde kendi kendine nasıl bakabileceği, yapması ve yapmaması gereken aktiviteler, varsa diyeti ve ilaçlar, oluşabilecek komplikasyonlar, ev işlerine ve işe başlama zamanı, kontrol için kime, ne zaman ve nasıl başvurulacağı gibi konularını kapsamalıdır (2,3,12,18-24). Hastalar evde kendi bakım gereksinimlerini karşılayabilecek bilgi ve becerilere sahip olarak taburcu olmalıdır (18,20). Cerrahi sonrası soruları ve kaygıları olan hastaların taburculukta aktif olarak bilgi edinmeye çalıştıklarını gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (11,21-37). Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında, belli bir ölçüm aracı kullanılarak belirlenmemiş olsa da anket ya da soru formlarıyla yapılan çalışmalarda; hastaların hastalık nedenleri, mevcut durumları diyet, tedavi ve hastane sonrası geleceğe yönelik yaşamlarını düzenlemede bilgiye gereksinimleri olduğu saptanmıştır (11,25,26,35-37). Ancak gerek ülkemizde gerek yurtdışındaki çalışma sonuçları hastaların büyük bir kısmının gereksinim duyduğu bilgiye ulaşmada güçlük yaşadıklarını ortaya koymaktadır (11,22-38).

Cerrahi hastalarının gereksinim duyduğu bilgilerin önceliği, bireylere, başvuru nedenlerine ve cerrahinin tipinin bireyde stres yaratma özelliğine göre değişmektedir (19-21,27-33,36,37).

Hong Kong'da 83 Çinli hasta ile yapılan çalışmada hastalar cerrahi sonrası en fazla bilgi gereksinimlerinin ilaçlar ve post operatif dönemdeki semptomlara ilişkin olduğunu ifade etmişlerdir. (23). Finlandiya'da bir hastanede 928 hasta ile yapılan çalışmada ise hastaların, hastalıklarına ve tedaviye ilişkin bilgiye çok büyük önem verdikleri bulunmuştur. Ayrıca hastalar; cerrahi sonrası bakıma, prognoza, hasta haklarına ilişkin bilgilere daha az gereksinim duyduklarını ifade etmişlerdir. Tüm bilgi alanlarında kadınların erkeklere oranla daha fazla gereksinim belirttikleri de önemli sonuçlardandır (24).

Hastaların bilgi gereksinimleri ve önceliklerinin doğru belirlenebilmesi ve paralel olarak doğru bakımın verilebilmesi için bilgi gereksinimlerinin uygun ölçüm araçları ile ölçülmesi zorunluluğu vardır. Ancak taburculuktaki bilgi gereksinimini saptamadaki zorluk; geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracının olmamasıdır (19). İyi bir ölçüm aracında olması gereken vazgeçilmez iki temel özellik geçerlik ve güvenirliktir. Geçerlik, ölçme aracının ölçülen istenen özelliği doğru ve tam olarak ölçebilmesidir. Güvenirlik ise ölçme aracının ölçülen özelliği tutarlı ve hep aynı şekilde ölçebilme özelliğidir (39). Bubela, Galloway, McCay ve arkadaşları (1990), dahiliye ve cerrahi hastalarının taburculuktaki bilgi gereksinimlerini ve önceliklerini belirlemek amacıyla "**Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'ni-HÖGÖ (The Patient Learning Needs Scale-PLNS)**" geliştirmişler ve geçerlik ve güvenirlilik uygulamasını yapmışlardır (19). Ayrıca bu ölçüm aracı kullanılarak farklı hasta gruplarıyla, farklı kültürlerde yapılan çok merkezli çalışma sonuçları da hastaların bilgi gereksinimlerini ve bilgi önceliklerini belirlemede bu ölçeğin kullanılabilir olduğunu göstermektedir (20-22,27-33).

Ülkemizde cerrahi hastalarının taburculukta bilgi gereksinimlerini, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı kullanarak ölçen hasta sonuçlarına rastlanmamıştır. Hemşirelik araştırmalarında da, dahiliye ve cerrahi hastalarının taburculuktaki bilgi gereksinimlerini ve önceliklerini "Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği" gibi geçerli ve güvenilir olarak ölçen bir ölçüm aracına gereksinim duyulmaktadır. Geçerliliği ve güvenirliliği sınanmış bir ölçüm aracı ile hastaların taburculuktaki bilgi gereksinimlerinin ve önceliklerinin belirlenmesinde daha etkili olabilecek, aynı zamanda değişkenlerin incelenmesine fırsat verecektir. Hastaların bilgi gereksinimlerinin, önceliklerinin, bunu etkileyen etkenlerin doğru belirlenmesi taburculuk eğitiminin doğru planlanmasına ve verilen taburculuk eğitiminin etkinliğinin sürekli değerlendirilmesine olanak

sağlayacaktır. Hastaların gereksinimlerine uygun verilen taburculuk eğitimi, cerrahi girişimin yarattığı stresi ve belirsizliği azaltacak ameliyat sonrası döneme uyumlarını kolaylaştıracaktır. Komplikasyon oranlarında azalma ve yeniden hastaneye yatış gibi hasta bakım sonuçlarının ve hemşirelik hizmetlerinin iyileştirilmesinde değerlendirmenin bir basamağı olan geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak ülkemize kazandırılacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı:

Bu araştırma; ‘Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği’nin (HÖGÖ) Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. Cerrahi Hastalarının Taburculuktaki Bilgi Gereksinimleri

Cerrahi; yaralanma, deformite ve hastalıkların el ve araç/gereçle yapılan girişimlerle tıbbi tanı ve tedavisi olarak tanımlanmaktadır (2). Tıkanıklık (obstrüksiyon), yırtılma/delinme (perforasyon), aşınma (erozyon) ve tümöre bağlı dört temel patolojik durum nedeniyle cerrahi girişim uygulanması gerekmektedir. Cerrahi karar; tanı (diagnostik), bakıp görme (eksploratif), tedavi (küratif) ve semptomları azaltma (palyatif) amacıyla alınabilir (2,3).

Cerrahi kararlar, insanların yaşamlarında özel bir şekilde, dikkatle planlanması ve uygulanması gereken kararlardır. Bazı durumlarda cerrahi kararı almak ve operasyonu yapmak acil yaklaşımı gerektirir. Acil ya da elektif cerrahi için çeşitli ortamlar oluşturulmalıdır. Bu ortamda cerrahi prosedür güvenle uygulanabilmeli ve etkili sonuçlar alınabilmelidir (1,3). Her ne amaçla yapılsa yapılsın tüm cerrahi girişimler çeşitli ortamlar oluşturulmasına ve gerekli önlemler alınmasına rağmen belli bir risk taşır. Cerrahi risk, ameliyattan kaynaklanacak olan hasta olma ya da ölüm ihtimalidir ve tüm perioperatif dönemi kapsamaktadır (2,3). Genel risk faktörleri arasında yaş, obezite, hareketsizlik, yetersiz beslenme ve endokrin sistem bozuklukları sayılabilir. Özel olarak ameliyat riski; ameliyat gerektiren duruma, ameliyatın büyüklüğüne, sağlık personelinin yeterliliğine, bakım olanaklarına ve hastanın psikolojik durumuna bağlıdır. Her cerrahi girişim kendine özgü bir şekilde hastayı psikolojik ve fizyolojik olarak etkiler (2,3,10,11). Bunun yanı sıra cerrahinin hasta üzerinde bazı genel etkileri vardır. Bu etkiler ameliyata karşı stres tepkisinin oluşması, enfeksiyona karşı direncin azalması, vasküler sistemin bozulması, organ fonksiyonlarının bozulması, beden imajı ve yaşam tarzının değişmesidir (3).

Stres tepkisi, çeşitli fizyolojik ve psikolojik faktörlerin neden olduğu bedendeki sinirsel ve hormonal (nöroendokrin) değişiklikleri ifade eder (40). Ameliyata bağlı stres tepkisinin oluşmasında, anksiyete ve bilinmeyen korkusu gibi psikolojik stresörler yanı sıra kan kaybı, anestezi, hareketsizlik gibi fizyolojik stresörler rol oynar. Stres tepkisinin büyüklüğü stresörlerin büyüklüğü ile doğrudan ilişkilidir. Ameliyat için hastaneye yatmak kişide stres yaratabilir. Ameliyat olmayı beklemek, ameliyat öncesi dönemde nöroendokrin tepkinin gelişmesine neden

olabilir ve bunun sonucu olarak kalp hızının artması, kan basıncının yükselmesi gibi fizyolojik belirtiler yanı sıra iştahsızlık, halsizlik gibi psikolojik belirti ve bulgular da oluşabilir (1,3). Cerrahi girişimin kendisi de hastada stres tepkisinin ortaya çıkmasına neden olabilir (6). Cerrahi travma, hipotalamus aracılığıyla hem hipofizi hem de sempatik sistemi uyararak birbirini izleyen çeşitli kardiyovasküler ve metabolik değişikliklerin ortaya çıkmasına neden olur. Cerrahi travma sonucu ortaya çıkan belli bir düzeydeki stres tepkisi, bedeni ameliyat travmasından korur ve homeostatik dengenin sürdürülmesi geniş ölçüde stres tepkisinin etkinliğine bağlıdır. Bu tepkinin etkinliği ise kişinin yaşı, fizyolojik ve psikolojik durumu ve stresin süresiyle ilişkilidir. Ancak fizyolojik ve psikolojik sorunları olan ve uzun süre stres altında kalan kişiler ameliyat stresıyla etkili şekilde baş edemezler. Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde hastanın fizyolojik ve psikolojik olarak en iyi duruma getirilmesi için hazırlanması önem kazanır (3).

Lazarus ve Folkman (1987), kişinin yeni gelişen durumlara uyumu sağlanana kadar yeterli bilgi verme ile kişilerin başetmeye yönelik yanıtlarının arttırılmasını ve problem odaklı başetme becerisinin geliştirilmesini önermektedir. Ayrıca bireylerin fiziksel semptomlarına, ameliyatına, hastalığına ilişkin verilen tüm bilgilerin, ameliyat gibi stresli bir olayda kişilerin algılarının değiştirilerek stresli bir durum olmaktan çıkarılması gerektiğini ve duygusal odaklı başetme becerilerinin güçlendirilmesini savunmaktadırlar (6).

Hastanın cerrahi kliniğine yatırılmasıyla başlayan ameliyat öncesi hazırlık ve bakım, fizyolojik hazırlık, psikolojik hazırlık, yasal hazırlık ve ameliyat öncesi eğitim olmak üzere dört yönden ele alınabilir (1,2,3). Ameliyat sonrası dönemin sorunsuz geçirilebilmesi için hazırlık döneminde hastaya belli konularda eğitim verilmelidir (41,42). Eğitim konuları; yapılacak ameliyata ve hastanın durumuna göre farklılık gösterse de ameliyat, ameliyatın süresi, ameliyatı yapacak ekip, ameliyathane ortamı, uygulanacak anestezi, ameliyattan sonra ayılma ünitesinde ne kadar kalacağı, hastaya kim/kimlerin bakım vereceği, dren, sonda, tüp vb. olup olmayacağı, ameliyat sonrası derin solunum, öksürük, dönme ve ekstremitte egzersizlerini içermelidir. Ameliyat öncesinde yapılan eğitimin etkinliği, ameliyat sonrasında hastanın kendi bakımına aktif olarak katılmasıyla, komplikasyon gelişmemesi ve kısa sürede iyileşmesiyle değerlendirilebilir (2). Ameliyat öncesi eğitim ve bilgilendirme ile ilgili kanıta dayalı uygulama rehberinde, hastaneye yatmadan önce hastaya verilen broşür ile hastaneye kabulden sonra verilen eğitim

kombinasyonunun, hastaneye yatmadan önce verilen broşürlere ve hastaneye kabulden sonra verilen broşür ve eğitim kombinasyonuna göre daha etkili olduğu gösterilmiştir (Kanıt II). Genellikle, egzersiz ve becerileri hastaneye yatmadan önce verilen broşürlerden öğrenen hastalar yatış sonrası bilgi verilen hastalara göre egzersizleri daha çabuk uygulamaktadır (43). Bu öneriler hastaların kendilerini hazırlama konusunda önceden bilgi verilmesinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Türkiye’de, anketlerle yapılan çalışmalar hastaların öğrenim gereksinimleri konusunda ne kadar çok gereksinimleri olduğunu yansıtmaktadır. Kılıç’ın (1993); cerrahi hastasının ameliyat öncesi dönemde hemşirelik bakımına ilişkin beklentilerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, hastaların %89.0’nın hemşirelerden, ameliyattan önce ve sonra bazı komplikasyonlar ve ağrının azaltılmasına yönelik eğitim beklentilerinin olduğu bulunmuştur (14). Güvenç ve Kanan’ın (1993) çalışmasında ise, genel cerrahi servislerinde ameliyat üzere yatan hastaların %46’sı gereksinimleri olduğunda aileden biri ya da yakınlarıyla, %41’i hemşire ile görüşmek istemiştir. Ayrıca hastalara ameliyat öncesi, sonrası komplikasyonlar, ağrının azaltılması konularında eğitim almak istedikleri kişi sorulduğunda %91’i hemşireden eğitim almak istemiştir (15). Bayraktar ve Bulut (2000); ameliyat olmayı bekleyen hastaların profesyonel bir sağlık ekibi elemanı ile konuşamadığını belirlemiştir. Hastalar, ameliyat ve anesteziye ilişkin bilgi verilmesini istediklerini ancak ne klinikte (%72.0) ne de ameliyathanede (%86.0) ameliyat ve anesteziye ilişkin bilgi almadıklarını ifade etmişlerdir (16). Erdil, Elbaş, Bayraktar ve arkadaşları’nın (2000) ameliyat olan 120 hastanın yakınları ile yaptıkları çalışmada ise; hasta yakınlarının %55’inin ameliyata ilişkin bilgi aldığı ancak bu bilgilerin yeterli olmadığı ve bilgileri daha çok hekimlerden aldıkları bulunmuştur. Hasta yakınlarının %74.3’ü ameliyattan sonra hastaya kim/kimlerin bakım vereceğine ilişkin bilgi alamadıklarını ifade etmiştir. Yine %84.8’inin hastada ameliyat sonrası tüp, sonda, dren vb. olup olmayacağına ilişkin bilgi alamadıklarını bulmuşlardır (17). Selçuki, Karadeniz’in (2001), bir üniversite hastanesinin cerrahi servislerinde yatan hastaların ameliyata, aldıkları tedavi ve bakıma ilişkin düşüncelerinin yer aldığı çalışmada; hastaların %83.78’i ameliyatları hakkında kendilerine bilgi verildiğini ve bu bilgiyi hekimden aldıklarını ifade etmiştir. Ayrıca hastaların sadece %35.13’ü ameliyat öncesi eğitim programına alındıklarını, programa alınanların %53.84’ü bu programın hekimle, %46.16’sı ise hekim-hemşire işbirliği ile yürütüldüğünü belirtmişlerdir (44).

Gereksinim duyduğu bilgiye ulaşmakta güçlük yaşayan cerrahi hastası, ağrı yönetimi, diyet, yara bakımı, aktivite rehberi ve olası komplikasyonların önlenmesi ve yönetimini açısından taburcu sonrası risk altındadır. Hastaların eve gönderilmeleri ve kendi bakım sorumluluğunu üstlenmeleri bilgiye olan gereksinimlerini de arttıracaktır. Taburcu olmadan önce hasta ve yakınlarının yeterli olarak hazırlanması çok önemlidir. Hasta ve yakınlarının hazırlığı, yapılan ameliyata ve hastanın bireysel özelliğine göre farklılık göstermekle birlikte;

- 1 Evde kendi kendine bakım,
- 2 Ev işlerine başlama zamanı,
- 3 Yapılması ve yapılmaması gereken aktiviteler,
- 4 Uygulanacak diyet ve ilaçlar,
- 5 Oluşabilecek komplikasyonlar,
- 6 Hastalığın ve ameliyatın cinsel yaşama etkisi,
- 7 Hastalığın/ameliyatın çalışma yaşamına etkisi, işe başlama zamanı,
- 8 Kontrol için kime, ne zaman ve nasıl başvurulacağı konularını kapsamalıdır (1,3, 21,27-29,32,33).

Uluslararası literatürde yer alan pek çok çalışma ile cerrahi hastalarının taburculuktaki bilgi gereksinimleri ve öncelikleri belirlenmeye çalışılmıştır (20,21-33,36,37). Bubela, Galloway, McCay ve arkadaşları'nın (1990) 301 dahiliye ve cerrahi hastası ile yaptığı çalışmada taburculukta bilgi gereksinimlerini etkileyebileceğini düşündüğü sosyodemografik ve hastalığa ilişkin değişkenleri incelenmiştir. Medeni durum, yaşadığı yer ve hastalığın kronikleşme durumunun **“Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği”** ile ölçümünde, bu değişkenlerin bilgi gereksiniminde önemli bir etkisinin olmadığını bulunmuştur. Ancak cinsiyet, malign ve benign tümör bulunan hasta gruplarında bilgi gereksinimlerinde anlamlı fark saptanmıştır. Hastanede kalış süresi, taburculuktaki kullanılan ilaç sayısı ve hastalığın yaşamları üzerine etkisini algılama durumlarının taburculuktaki bilgi gereksinimleri ile anlamlı korelasyon gösterdiği rapor edilmiştir (19).

Chesnick (1992) koroner bypass geçiren hastalarda yaşın taburculuktaki bilgi gereksinimlerine ve önceliklerine etkisini incelediği çalışmasında, genç (40-64 yaş) ve yaşlı (65 yaş ve üzeri) hastaların taburculuktan önceki bilgi gereksinimlerinin benzer olduğunu ve her iki

yaş grubunun da fiziksel semptomlara ilişkin yüksek skorlarla bilgi gereksinimi ifade ettiklerini rapor etmiştir (27).

Galloway ve Graydon (1996) kolon ve akciğer kanseri nedeniyle cerrahi geçiren ve taburcu olan hastaların tedavi, komplikasyonlara ve yaşam aktivitelerine ilişkin bilgilerin kendileri için oldukça önemli olduğunu göstermiştir. Taburculuktan önce ve taburculuk sonrası hastaların istedikleri bilgiler karşılaştırıldığında; hastalar evde kaldıkları birkaç hafta süresince tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi ve cilt bakımı konusunda daha az bilgiye ihtiyaç duyduklarını ifade etmiştir (28).

Jickling and Graydon'ın (1997); koroner bypass ameliyatı geçiren hastaların bilgi gereksinimine cinsiyetin etkisini inceledikleri çalışmada, bilgi gereksinimi ve önceliklerinin benzer olduğunu saptamıştır. En fazla bilgi gereksinimi olan alanların sırasıyla; tedavi ve komplikasyonlar, yaşam aktiviteleri, ilaçlar ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi alanlarında olduğunu belirtmişlerdir (29).

Hynes (1997) çalışmasında, kronik ağrı çeken hastaların evdeki bakımlarında algıladıkları bilgi gereksinimlerini HÖGÖ ile ölçmüştür. Tedavi ve komplikasyonlar, ilaçlar ve yaşam kalitesinin artırılmasında bilgi gereksinimlerinin önemli olduğunu bulmuştur. Ayrıca öğrenme gereksinimleri ile eğitim düzeyi, ağrı deneyimi ve distress arasında ilişki olduğunu saptamıştır (30).

Merkley (1997); HÖGÖ'ni modifiye ederek bakım verenlerin de bilgi gereksinimlerinin belirlenmesinde kullanmıştır. Bakım verenler belirsizlik yaşadıklarını, bakım verici rolleri için yardım istediklerini ve semptom yönetiminin en önemli bilgi gereksinim alanı olduğunu bildirmişlerdir. Bakım verenlerin gereksinimleri hastalarla yapılan çalışmalarla benzer olup, bu sonuç hasta ve beraberinde ailenin eğitiminin planlanmasında rehber olması açısından da önemlidir (31).

Rich-vanderbij (1999); sekonder yaralanmanın eşlik ettiği kafa travmalı hastalarda HÖGÖ'nin 40 maddelik modifiye versiyonunu kullanmış ve hastalar en fazla komplikasyonlar ve

semptomlara ilişkin bilgi gereksinimleri olduğunu belirtmişlerdir. Taburculuktaki bilgi gereksinimlerinin cinsiyete göre farkının incelendiği çalışmada, kadınların semptom ve komplikasyonlar ile hastalığa ilişkin duygular alt ölçeklerinde belirttikleri gereksinimlerin anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (32).

Carew (1999); kalp kateterizasyonu uygulanan hastaların taburculuktaki bilgi gereksinim önceliklerinin, komplikasyon ve semptomlar, tedavi ve yaşam aktiviteleri ve hastalığa ilişkin duygulara ilişkin olduğunu bulmuştur. Hastalara verilen bilgilerin gereksinimlerini karşılama durumu sorulduğunda ise literatürde yer alan pek çok çalışmadan farklı olarak (11,21-36) hastalar “çok iyi” olarak değerlendirmiştir (21).

Jacobs (2000) çalışmasında; kolesistektomi, apendektomi ve herni ameliyatı olmuş hastaların taburculuktaki bilgi gereksinimleri ve önceliklerini, verilen bilgilerden memnun olma durumunu HÖGÖ’ni kullanarak belirlemiştir. Bu çalışmada hastalar yaşam aktiviteleri ile ilgili bilgi gereksinimini en önemli olarak belirtmişler ancak, hastalar birçok alanda istedikleri bilgilerin yeterli verilmediğini belirtmişlerdir (22). Bu sonuç, yeterli bilgi alamayan hastaların yara bakımı, aktivite rehberi ve olası komplikasyonların önlenmesi ve yönetimi konusunda risk altında olduğunu göstermesi açısından önemli bir veridir. Diğer yandan hastaların bir an önce eski fonksiyonlarına dönmek istediklerini yansıttığı şeklinde yorumlanabilir.

Ülkemizde cerrahi hastalarının taburculukta bilgi gereksinimlerini, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı kullanarak ölçen hasta sonuçlarına rastlanmamıştır. Anket yöntemiyle yapılan bir çalışmada, hastaların taburculukta gereksinim duydukları bilgiye ulaşmada güçlük yaşadıklarını ve hemşirelerin yeterli bilgi veremediklerini ifade etmeleri de önemlidir (26). Bu nedenle taburculuk sonrası hasta eğitiminin sürekli iyileştirilmesine gereksinim açıktır. Sonuç olarak cerrahi hastalarının taburculuktaki bilgi gereksinimlerinin ve önceliklerinin belirlenmesinde geçerli ve güvenilir olarak kullanılacak bir ölçüm aracına gereksinim vardır. Geçerli ve güvenilir ölçüm aracıyla yapılan çalışma sonuçlarının hastaların gereksinimlerine uygun taburculuk eğitimine yansıtılması gerekmektedir.

2.2. Kùltùrlerrarası Òlçek Uyarlama

Araştırmalar, saptanan bir problemin çözümlenmesi ve sonuca varılması için belirli ilkelere göre planlanmış ölçme işlemleriyle yürütölmektedir (44). Ölçme, temelde bir betimleme, değışkenin çeşitli değerlerine, belli kurallara göre simgeler verme işlemidir (39,47). Bir araştırmadan elde edilecek sonuçların geçerli olmasını sağlayan en önemli etken, incelenen konuyu ölçebilecek en uygun ölçünün bulunmasıdır (39,45,47,48).

Araştırmada ölçülecek kavramlar somuttan soyuta gittikçe ölçümler güçleşmektedir. Kavramlar yerine kavramların belirleyicileri yani değışkenler ölçölmektedir. Boy, kilo, sıcaklık, kan değerleri vb. özellikler için standart kurallar ve ölçü araçları geliştirilmiştir. Bilgi, başarı, yetenek, kişilikle ilgili tutum gibi psikolojik ve sosyolojik özellikler yargısal ölçümlerle ölçölmektedir. Yargısal ölçmelerde soyut kavramların ölçümünde ölçekler kullanılmaktadır. Günümüzde bilgi, tutum, davranış, ilgi, yetenek, beceri vb. konularda ölçüm yapabilmek için çok çeşitli ölçekler geliştirilmekte ve bilim dünyasında kullanıma sokulmaktadır (39,49,50).

Bugüne kadar tek boyutlu ölçeklerden, çok boyutlu ölçeklere kadar çeşitli ve karmaşık işlemlere dayanan teknikler geliştirilmiştir. Bu tekniklerden en yaygın olarak kullanılan Rensis Likert'in (1932) "dereceleme toplamlarıyla ölçekleme" modelidir (51). Davranışların ve tutumların ölçülmesinde en sık kullanılan likert tipi ölçekler, bireyin kendisi hakkında bilgi vermesi esasına dayalıdır. Ölçölmek istenen söz konusu tutum ya da davranışla ilişkili çok sayıda olumlu ve olumsuz ifade/maddelerden oluşur.

Likert tipi ölçeklerde seçenek sayısı üç ile 11 arasında değışebilir (50,51) en yaygın olarak beşli seçenek kullanılmaktadır. Ölçek madde puanlarının toplanmasıyla toplam puan elde edilir ve böylece tutum, davranış ve bilgiye ait veriler nicel veri gibi işlem görür (51).

Ülkemizde hemşirelik araştırmalarında son yıllarda giderek artan oranda, bakım verilen birey, aile ve toplumun sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçekler kullanılmaktadır. Ölçek geliştirmeye ek olarak uluslararası yayınlarda yeterince tanınan ve üzerinde bilgi birikimi bulunan bir ölçeği Türkçe'ye kazandırarak kullanma

yoluna gidilmektedir (49,53).

Bir ölçeğin farklı kültür ve dillerde uygulanabilir olması için yapılan sistematik inceleme çalışmalarına “ölçek uyarlaması” denilmektedir (54). Ölçek uyarlamaları, araştırmacının yeni bir ölçek hazırlamakla geçireceği süreyi kısaltmaktadır. Ayrıca alanındaki kuramsal ve uygulamalı çalışmalara ayıracağı zamanı arttırarak, araştırmacıya iletişim kolaylığı ve karşılaştırılabilir bilgi sağlamaktadır. Özellikle farklı dillerin konuşulduğu, etnik grupların olduğu test yanlılığının giderilmesi amacıyla farklı dillerde testin paralel formlarının geliştirilmesi de ölçek uyarlamasının sağladığı avantajlardan birisidir (54,55).

Belirli bir kültürde ve dilde geliştirilen bir ölçek, o kültüre özgü kavramlaştırma ve örnekleme özellikleri taşımaktadır. Bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi o ölçeğin doğasını değiştirmektedir. Bu kaçınılmaz değişim, kavramlaştırma ve anlatım farklılıklarından ileri gelmektedir. Farklılıkların en aza indirilmesi için ölçek maddelerinin titizlikle incelenmesi, çevrilen dilde anlamlı olması için gereken dönüştürmelerin yapılması ve çevrilen dili kullanan bireylerin normlarına göre standardize edilmesi, ölçeğin yeni bir kültüre uyarlanmasında temel oluşturmaktadır (53-55).

Uyarlama çalışmaları daha kolay görülmekle beraber, bir ölçeğin geliştirilmesinde izlenen basamakların ve yürütülen işlemlerin birçoğunu içermektedir. Ölçekteki anlatımların/maddelerin eş anlama gelip gelmediğinin denetlenmesinden başlayarak, ölçeğin iç yapısında ve psikometrik özelliklerinde değişimler olup olmadığının ortaya çıkarılmasına kadar bir dizi, anlamsal, kültürel ve istatistiksel işlemi içermektedir (53,55).

2.2.1. Ölçek Uyarlama Aşamaları

Ölçek uyarlama çalışmalarını üç ana başlık altında toplamak mümkündür (54):

- 1 Psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/dil uyarlaması
- 2 Psikometrik özelliklerin incelenmesi/Geçerlik-Güvenirlik
- 3 Kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılması.

2.2.1.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi/Dil Uyarlaması

Ölçek uyarlamasının ilk adımı test çevirisidir, oldukça yoğun dikkat ve önem gereken bölümünü oluşturmaktadır. Zaman alıcı ve karmaşık olan bu aşamaya gerekli özen gösterilmezse, uyarlamasının psikometrik bölümünde yer alan ölçek geçerlik ve güvenirliği düşük çıkabilmektedir (53,54).

Dil uyarlamasındaki en önemli nokta; çevirmenlerin seçimi ve çeviri tekniğidir (53-55). Çevirmenlerin bilgi ve deneyimi çevirinin başarısını büyük ölçüde etkilemektedir. Çevirmenler, her iki dili akıcı bir şekilde kullanabilen her iki kültürü de yakından tanıyan kişilerden seçilmelidir (49,53-55). Özellikle, aynı kültürde, aynı zamanda her iki dili öğrenenlerin yanı sıra her iki dili farklı zamanlarda öğrenen kişiler olmasına özen gösterilmelidir. Böylece çevirmenin kişisel kültür algılamasının kontrol altında tutulma oranı yükselecektir (53). Ayrıca çevirmenlerin ölçek yapılarında uzman, ölçeğin nasıl kullanılacağını bilen ve araştırmanın metodolojik bölümünü yorumlayabilecek özelliklere sahip olması koşulu aranır (49,53,54).

Çeviri tekniğinde; orginal dildeki bir ölçeği hedeflenen dile tek yönlü çeviri, grup çevirisi ve geri çeviri olmak üzere üç farklı yaklaşım kullanılmaktadır (53). Orginal dildeki bir ölçeği hedeflenen dile çevirirken kullanılan geri çeviri yöntemi zaman alıcı olmasına rağmen, ölçeğin kültürel eşitliğini sağlamak için dünyada en sık kullanılan yöntemdir (53,54). Çevirmenlerden birisi orginal ölçeği hedef dile çevirirken diğer çevirmen de, çevrilen formu bağımsız olarak tekrar orginal dile çevirmektedir (53).

Ölçeğin çevirisinde özellikle iki eşdeğerlik üzerinde durulmaktadır; bunlar dilde eşdeğerlik ve kavramsal eşdeğerliktir. Dilde eşdeğerlik, formda hiçbir değişiklik yapılmadan olduğu gibi aynen çeviri yapmayı ifade etmektedir. Kavramsal eşdeğerlik ise, aynı anlamın kültüre uygun farklı sözcük ve tümcelerle anlatılmasıdır ve orginal formda değişiklik yapılması kaçınılmazdır (53,54).

Çevirisi tamamlanmış ölçeğin maddelerinin görünüm geçerliğini (face validity) değerlendirmek amacıyla, maddelerin okuyucuya anlamlı gelip gelmeyeceği sorusu sorulmalıdır

(53-56). Bu sorunun yanıtlanmasında en fazla uygulanan yaklaşımlar, uzman görüşü ve eşdeğerlik sınamasıdır. Bu çalışmaların tamamlanmasından sonra, bir odak grupta maddelerin anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi için ölçeğin ön uygulaması yapılmalıdır (53-55).

2.2.1.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi/Geçerlik-Güvenirlilik

Ölçek uyarlama çalışmalarında, her ölçme sonucunda iki temel psikometrik özelliğe; ilişkin bilgi aranmaktadır, bunlar geçerlik ve güvenirliliktir (57). Geçerliliği ve güvenirliliği düşük testlerin kullanılması sakıncalıdır (33,54,58). Geçerli ve güvenilir olmayan ölçüm araçları ile yapılan çalışmalarla, bireyler hakkında karar vermek (seçme, tanı, sağaltım, yönlendirme vb.) ya da araştırma bulgularını geçerli kabul etmek, geriye dönülmesi olanaksız ve zararlı sonuçlar yaratacaktır (57).

Geçerlik, ölçme aracının ölçülmek istenen özelliği doğru ve tam olarak ölçebilmesidir (51,59). Güvenirlilik ise ölçme aracının ölçülen özelliği tutarlı ve hep aynı şekilde ölçebilme özelliğidir (51). Güvenilir olmayan ölçme sonuçları, hatalarla yüklü, tutarsız sonuçlardır ve geçerli olmazlar. Güvenilir olmayan ölçme sonuçlarının geçerliliğine bakmaya gerek yoktur (45,51). Güvenirliliğin sağlanması geçerlik için bir önkoşuldur, ancak geçerli olduğunu göstermez (51,59). Bu nedenle ölçme aracının geçerli ve güvenilir olması birbirinden bağımsız olarak düşünülemez, her ikisinin bir arada bulunmasıyla ölçek anlam bulmaktadır (58).

2.2.1.2.1. GEÇERLİK (validity)

Geçerlik (validity), bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özelliklerle karıştırmadan, doğru ve tam olarak ölçebilmesidir (55,56,58,59). Ölçüm aracının “neyi”, ne denli “isabetli/doğru” olarak ölçtüğünü göstermektedir (57).

Bir ölçeğin geçerliliği; ölçeğin objektif, ayırteci, kapsamlı, kolay uygulanabilir ve puanlandırılabilir olma özelliğinden etkilenir (59). Ölçeğin geçerlik düzeyini belirleyen geçerlik katsayısı hesaplamasıdır ve güvenirlilik katsayılarıyla birlikte yorumlanır. Geçerliliği yüksek olan ölçme aracının bir dereceye kadar güvenirliliği de yüksektir. Fakat güvenirliliğin yüksek olması,

aracın geçerliğinin de yüksek olacağı hakkında net bir bilgi vermemektedir.

Ölçek geliştirmede sık kullanılan geçerlik türleri;

I. İçerik/ Kapsam geçerliği

- a. Yüzeysel/görünüm geçerliği (uzman görüşü alma)
- b. Uygulama geçerliği / ölçüt bağımlı geçerlik;
 - ✓ Yordama geçerliği / tahminsel geçerlik / kestirimsel geçerlik
 - ✓ Halihazır geçerlik / hemzaman / eş zaman geçerliği
 - ✓ İç ölçüt geçerliği / alt-üst grup ortalamalarının karşılaştırılması

II. Yapı geçerliği

Faktör analizi

Bilinen gruplar karşılaştırması

Hipotez sınaması / mantıksal analiz

Çok değişkenli-çok yöntemli matriks

-Birleşen ve ayırt eden geçerlik.

I. İçerik / Kapsam Geçerliği (Content Validity)

İçerik geçerliği, bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiğini, ölçülmek istenen yapının temel unsurlarını ne derecede kapsadığını incelemekle ilgilenir (39,51,58). Intrinsic ya da domain geçerlik olarak da anılan içerik/kapsam geçerliği, testin ölçüm amacı ile ilgisiz olan faktörlerin etkisinden arınık olmasını anlatır (60).

a. Yüzeysel/Görünüm Geçerliği (Face Validity)=Uzman Görüşü Alma

Yüzeysel geçerlikte tanımlanmış evren ile ölçme aracının bölümleri arasındaki ilişki değerlendirilir. Uzman görüşü alma, içerik geçerliğinde en sık kullanılan yöntemdir (46,59). Bu geçerlik sınamasında amaç, ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülmek istenen alanı temsil

edip etmediğini bir uzman grubun incelemesi sonrası, anlamlı maddelerden oluşan bir bütün oluşturmaktır (55,56).

Ölçek geliştirme çalışmalarında ve herhangi bir dilde geliştirilen bir ölçme aracı Türkçe'ye uyarlamak istendiğinde içerik geçerliği sınanmalıdır (51,54,58,59). Dilde eşdeğerliliği sağlanan ölçek, madde/ifadelerin ölçülmek istenilen özelliği temsil edici bir örneklem grubu oluşturup oluşturmadıklarını belirlemek için, hakem olarak kabul edilen, konuyla ilgili uzmanların görüşüne sunularak değerlendirmeleri istenir. Uzmanların, her madde için 1-4, 1-5 ya da 1-10 gibi belirlenen puanlar arası değerlendirme yapmasını sağlayacak bir form kullanılır. Öncelikle uzmana çalışmanın amacı, ilgili değişkenleri, örnek grup özellikleri gibi araştırmaya ilişkin açıklamalar yapılmalıdır. Her madde için uzmanların katılım yüzdeleri karşılaştırılır (60).

Uzman sayısının en az 3 olması gerekir. İçerik geçerliği uzmanların yargılarına dayanan bir ölçüttür. Uzmanlar arasında ölçüm maddeleri için görüş birliği olması beklenir (45,49,55).

b. Uygulama Geçerliği / Ölçüt Bağımlı Geçerlik (Empirical Validity / Criterion-Related Validity)

Uygulama geçerliği, ölçeğin etkinliğini belirlemek amacıyla, ölçekten elde edilen puanlarla gerçekte gözlemlenebilir özellik arasında, o andaki veya gelecekteki ilişkiyi inceler (57). Uygulama geçerliği en az yanılma payı olan geçerlik ölçütüdür (39). Uygulama geçerliğinin; kestirimsel geçerlik (predictive validity)/ tahminsel geçerlik ve uyum geçerliliği/ halihazır geçerlik (concurrent validity) olmak üzere iki alt grubu vardır (55,56,58,59).

Yordama Geçerliği / Tahminsel Geçerlik / Kestirimsel Geçerlik (Predictive Validity)

Bir ölçeğin yordama geçerliği, o ölçekten elde edilen kestirimsel puan ile ölçülmek istenen özellikleri ölçtüğü bilinen değişken arasındaki korelasyonun hesaplanmasıyla elde edilir (46,58,59). Yordama geçerliğinde (predictive validity), ölçekten elde edilen bir “yordayıcı puan” ile gelecekteki durumlarla ilgili bir “ölçüt”e ilişkin değerler arasındaki korelasyon katsayısı belirlenir (51,57). İki ölçüm arasında verilmesi gereken aralık, ölçüte ulaşma için gereken

zamandır (59). Ölçüt alınan değişken sonuçları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuşsa, ölçme aracının yordama geçerliği olduğu kabul edilir (45,51,57-59).

Halihazır geçerlik / Hemzaman / Eşzaman geçerliği (Concurrent Validity)

Benzer ölçekler geçerliği, zamandaş ölçek geçerliği, eş zamanlı ölçek geçerliği olarak da bilinen halihazır geçerlikte, bir ölçme aracının geçerliği, ölçüm anında varolan bir ölçütle karşılaştırılarak yapılır (49,55,56,59,60). Burada önemli olan nokta, kriter ölçütün güvenilirliği ve geçerliliği ispatlanmış bir ölçüt olmasıdır. Belli bir zaman aralığı beklemenin uygun olmadığı durumlarda kullanılır. Ölçüt değişken ile değerlendirme aynı zamanda yapılır (59). İki ölçüm puanı arasındaki korelasyon hesaplanır ve korelasyon katsayısının yüksek olması beklenir (49,55,56,59,60).

İç Ölçüt Geçerliği / Alt-Üst Grup Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bir ölçekten elde edilen puanlar, istenen özelliğe sahip olanlarla olmayanları, ölçülen özellik boyutunda, birbirinden ayırt edebilmelidir. Ayırt edilecek gruplar ölçülen tutuma olumlu yönde yüksek düzeyde sahip olanlarla, olumsuz yönde yüksek düzeyde sahip olanlardır. Amaç ölçülen özellik boyutunda aşırı uçta bulunan bu iki grubu belirlemek için bir ölçüt bulmaktır. Bu ölçütlerden biri ölçeğin kendi puanlarıdır ve ölçekten elde edilen puanlara iç ölçüt denilmektedir (51).

İç ölçüt geçerliği; her bir madde için, üst gruptaki yanıtlayıcıların madde puan ortalamaları ile alt gruptaki yanıtlayıcıların madde puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının değerlendirildiği istatistiksel yöntemdir ve t testi ile analiz edilir. En yüksekten en düşüğe doğru sıralanan dağılımın alt %27 ve üst %27'lik grup ortalamalarının karşılaştırılması ile gerçekleştirilmektedir (51,59).

II. Yapı Geçerliği (Construct Validity)

Yapı geçerliği, ölçeğin ilgili kavram ya da kavramsal yapının tümünü ölçme yeteneğini gösterir (58). Yapı- kavram geçerliği bir yandan ölçeğin ya da testin ölçtüğü niteliklerin neler olduğunu araştırır, diğer yandan ölçek uygulanan kişilerin aldıkları puanın ne anlama geldiğini açıklamaya çalışır (49). Bu nedenle ya ölçeğin ölçtüğü faktörler incelenir ya da önceden geçerliği saptanmış diğer ölçek ve ölçülerle olan ilişkisi araştırılarak gerçekleştirilir.

Bir ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmek üzere en fazla kullanılan iki yaklaşım; faktör analizi ve bilinen grup ile karşılaştırmadır. Bir diğer yapı geçerliği değerlendirme yolu ise, hipotez sınaması (58) / mantıksal analizdir (45). Ayrıca çok değişkenli-çok yöntemli matrikste kullanılan yöntemlerdendir (49).

Faktör Analizi

Faktör analizinin, ölçek puanlarının yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde önemli yeri vardır (58). Temelde birbiri ile bağlantılı değişkenleri belli kümelerde bir araya getirmeye yarayan yöntemdir (49). Diğer bir anlatımla ölçek maddelerinin farklı boyutlar altında toplanıp-toplanamayacağını değerlendirmek üzere yapılan işlemdir (45,54,58). Faktör analizinin iki temel amacı vardır. Bunlar (55):

- a. Değişken sayısını azaltmak,
- b. Değişkenler arasındaki ilişkilerden yararlanarak yeni yapılar ortaya çıkarmaktır.

Faktör analizi bağımlı değişkenin olmadığı regresyon analizine benzerdir. Analiz, maddeler arasındaki korelasyonu kullanır ve korelasyonun varlığı ölçülen maddelerin tek bir yapıyı ölçtüğünün bir göstergesidir (49,55).

Bu analiz uygulanış biçimine ve uygulama amacına göre farklı isimlerle anılmaktadır. Faktör analizi, açıklayıcı (exploratory) veya doğrulayıcı/hipotez destekleyici (confirmatory) olabilir (54,55,60). Araştırmacının belli bir hipotezi sınamak yerine, ölçme aracıyla ölçülen

faktörlerin doğası hakkında bilgi edinmeye çalıştığı inceleme türleri “Açıklayıcı Faktör Analizi (exploratory factor analysis)” olarak adlandırılmaktadır. Eğer araştırmacı kuramı doğrultusunda geliştirdiği bir hipotezi (yapıyı) test etmek istiyorsa kullanılan analiz türü “Doğrulayıcı Faktör Analizi (confirmatory factor analysis)” olarak tanımlanmaktadır (55).

Açıklayıcı faktör analizinde verilerin kovaryans ya da korelasyon matrisi kullanılarak birbiri ile ilişkili değişkenler bir araya toplanmakta ve birbirinden farklı daha az sayıda yeni değişkenler türetilmektedir. Doğrulayıcı faktör analizinde ise kuramsal faktörler ile bu faktörleri belirlemede ana rol oynayan değişkenler arasındaki uyumluluk test edilmektedir (55).

A. Açıklayıcı Faktör Analizi

Açıklayıcı faktör analizinde önceden belirlenmiş kuramsal bir faktör yapısı öngörülmez. Bir veri setine açıklayıcı faktör analizi uygulanabilmesi için verilerin bazı koşullara uygun olarak toplanmış olması gerekmektedir. Ölçüm biçiminde en az likert tipi ölçek kullanılmış olması, verilerin doğrusalılık koşullarını taşıması ve değişkenler arasında orta düzeyin üzerinde korelasyon olması (en az 0.25, en fazla 0.90) gerekmektedir (55).

Faktör analizinde örneklem büyüklüğü önemlidir (60). Hesaplanan korelasyon katsayısı örneklem büyüklüğü azaldıkça daha az güvenilir olabilir. Bu nedenle örneklem büyüklüğünün yeterli düzeyde olması değişkenler arası korelasyon güvenirlüğünde oldukça önemlidir. Örneklem büyüklüğünün yeterliliğini saptamada Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi yapılmaktadır. Test sonucunda elde edilen değer 1'e yaklaştıkça mükemmel, 0.50'nin altına düştüğünde uygunsuz olarak kabul edilmektedir (55,61). Bu testin uygulanmadığı durumlarda kural olarak örneklem büyüklüğü değişken sayısının 5-10 katı olarak alınmaktadır (55).

Faktör elde etmede en sık kullanılan yöntem ana bileşenler analizidir (principal component analysis) (59,61). Bu yöntemle elde edilen faktörler arası korelasyona bakılır ve korelasyon olmaması beklenmektedir.

Açıklayıcı faktör analizi 4 temel aşamada uygulanmaktadır (55):

1. Veri setinin faktör analizi için uygunluğunun değerlendirilmesi

- n Değişkenler arası korelasyon katsayısı incelenir. Korelasyon yüksekliği değişkenler arası ortak faktörler oluşturma olasılığını arttırmaktadır.
- n Barlet testi uygulanarak değişkenler arasındaki korelasyon test edilir. Farklılık bulunması veri setinin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.
- n Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği ölçütünün 0.50 üzerinde olması gerekmektedir.

2. Faktörlerin elde edilmesi: Değişkenler arası korelasyonun en fazla olduğu ortak faktör belirlenir. Maddelerin faktörlerle olan ilişkisi **faktör yük değeri (faktör katsayısı)** ile açıklanır (55,59). Genel olarak 0.30 ile 0.59 arasındaki yük değeri “orta”, 0.60 ve üstündeki yükler ise “yüksek” olarak kabul edilir ve değişken çıkartmada dikkate alınır. Bu konuda kaynaklarda belirtilen en alt değer 0.30 dur (61). Çok faktörlü bir yapıda bir maddenin yüksek yük değeri ile birden fazla faktörde yer alması durumunda, maddenin yük değerleri arasındaki farkın en az 0.10 olmasına dikkat edilmelidir. Birden çok faktörde yüksek yük değeri veren madde ölçekten çıkarılır (62). Her bir faktör tarafından açıklanan varyansın oranının hesaplanmasında ve önemli faktör sayısına karar vermede **özdeğer (eigen value)** katsayısı kullanılır. Öz değer katsayısı her bir faktörün, faktör yüklerinin kareleri toplamıdır. Özdeğer yükseldikçe, faktörün açıkladığı varyans yükselir. Genel olarak özdeğeri 1 ve daha büyük olan faktörler önemli faktörler olarak ele alınmakta, ancak analiz sonuçlarına göre bu eşik arttırılabilmektedir (62). Scree test grafiği ile grafiğin yatay şekil aldığı düzey faktör sayısını belirlemede kullanılan diğer bir yöntemdir (55).

3. Faktörlerin rotasyonu: Faktör rotasyonunda amaç, isimlendirilebilir ve yorumlanabilir faktörler elde etmektir. Rotasyonda en çok kullanılan yöntem orthogonal rotasyon olup, bunlar varimax (-en sık kullanılanıdır), equamax ve quartimax'tır (55,59).

4. Faktörlerin isimlendirilmesi: Analizler sonucunda maddeler ağırlıklı olarak yığıldıkları faktörler dikkate alınarak, ifade ettikleri yapıya göre isimlendirilmelidir (55).

Araştırmacı tarafından alt ölçek içerikleri ya da başka bir deyişle faktörlerde yer alması gereken maddeler kesin olarak biliniyorsa, bu ölçme araçlarına faktör analizinin yapılmaması gerektiği de belirtilmektedir (49,61).

B. Doğrulatoryı Faktör Analizi

Açıklayıcı faktör analizinde ana amaç verinin yapısına uygun bir modeli ortaya çıkarmakken, doğrulatoryı faktör analizinde ise, yapı ile gözlenen değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlılığını test etmektir (54,61). Doğrulatoryı faktör analizi modellerini açıklamak için “Yapısal Eşitlik Modellemesi (Structural Equation Modelling-SEM)” kullanılır. Yapıyı oluşturan faktörle bunu oluşturan değişkenler arasındaki nedensel ilişki incelenmektedir.

Doğrulatoryı faktör analizi özellikle önceden geliştirilmiş ölçeklerin uyarlanmasında kullanılması gereken bir yöntemdir. Çünkü tanımlanmış ve oluşturulmuş olan mevcut yapının uygunluğu uyarlama işleminde asıl çözümlenmesi gereken konudur. Başka bir anlatımla, uyarlanan ölçeğin faktör yapısı orijinal ölçeğin faktör yapısı ile karşılaştırılır, benzerlik ve ayrılıklar gözlenir. Bir ölçeğin başka bir dile uyarlanması sonucu o ölçeğin faktör yapısının esasen çok fazla değişmemiş olması beklenir (54). Yapısal eşitlik modellemesi hesaplamasında kullanılan farklı istatistik programları bulunmaktadır. Bunlardan en bilinenleri LISREL, AMOS ve EQS programlarıdır (55,63).

Ölçek uyarlamada kullanılması önerilen doğrulatoryı faktör analizinde maksimum olabilirlik tekniği ile yapısal geçerlik sınanmaktadır. Öngörülen orginal ölçek modelinin veri tabanına uygunluğunu (model fit) değerlendirmek için çeşitli uygunluk belirteçleri [fit indices] kullanılmaktadır. Ki-kare (χ^2), oluşturulan modelin veri tabanına mutlak uygunluğunu değerlendiren önemli bir testtir ancak ki-kare testi örneklem büyüklüğüne duyarlıdır ve örneklem sayısı 200’ün üstüne çıktığında genellikle faktör yapısı uygun olmasa bile uygunmuş gibi sonuç verebilmektedir. Bununla birlikte ki-kare’nin sık kullanılan bir ölçüt olması nedeniyle, χ^2/df oranının 2’nin altında olması model uygunluğunu gösteren önemli bir ölçüt olarak değerlendirilmektedir (63).

Doğrulamalı faktör analizinde araştırmacıların birden fazla uygunluk belirtecinden yararlandığı bilinmektedir. Bu yüzden, uyarlanan ölçeğin veri tabanına uygunluğunu test etmek için ‘yüksek uygunluk belirteci’ (YUB) [**Goodness-of-fit index**]; ‘uyarlanmış yüksek uygunluk belirteci’ (UYUB) [**Adjusted goodness-of-fit index**]; ‘karşılaştırılmalı uygunluk belirteci’ (KUB) [**comparative fit index**]; ‘standardize edilmiş hataların (artık) ortalama karelerinin karekökü’ (SHOK) [**standardized root mean square residual**]; ve ‘yaklaşıklik hataları kareleri ortalamasının karekökü (YHKOK) [**Root meansquared error of approximation**]; gibi ölçütler sık kullanılmaktadır. Uyarlanan ölçeğin veri tabanına uygunluğunun kabul edilebilmesi için YUB, UYUB ve KUB değerlerinin 0.90 üzerinde, SHOK ve YHKOK değerlerinin ise 0.05 altında olması beklenmektedir (63).

Bilinen Gruplar Karşılaştırması (Known-Groups Approach)

Bilinen gruplar karşılaştırmasında, ölçülecek yapının dayandığı teoriye bağlı olarak bir test uygulandığında anlamlı olarak farklı puanların elde edileceği gruplar (bir grupta düşük, diğer grupta yüksek olması gibi) tanımlanır (58). Ölçme aracını her iki gruba uygular ve gruplar arası farka bakar. Ölçme sonucunda özelliği bilinen grup ile diğer grup arasında fark olması beklenir (45,55,58). Bu yöntemle, ölçülmek istenen özellik açısından birbirine benzemediği düşünölen iki ayrı gruba ölçme aracı uygulandığı ve sonuçlar karşılaştırıldığı için “zıt gruplar (contrast groups) geçerliği de denilmektedir (45).

Hipotez sınaması / Mantıksal (logical) Analiz

Hipotez sınaması, ilgili kaynaklar ya da gözlemler doğrultusunda, önceden aralarında ilişki olacağı varsayımının kurulduğu ilişkilerin yönünün ve düzeyinin korelasyon analiziyle test edildiği bir yöntemdir (58). Bu geçerlik ölçütü, uyarlanan ölçeğin yapısal durumunun açıklanmasına önemli katkı sağlar. Ölçekle ilgili yapılan her korelasyon ilişkisi aynı zamanda mantıksal analizi/geçerliğine ilişkin bilgi verir (60).

Çok Değişkenli Çok Yöntemli Matriks (multi trait-multi method matrix/MMTM) Birleşen ve Ayırt Eden Geçerlik (Convergent and Divergent / Discriminant Validity)

Çok değişkenli-çok yöntemli matriks; 1959 yılında Campbell ve Fiske tarafından geliştirilen ve bir testin, ölçtüğü yanında ölçmediği değişkenleri belirlemeyi amaçlayan bir yöntemdir. (49). Aynı özellikleri ölçtüğü bilinen ve daha önce geçerlik-güvenirliği sağlanmış ölçüm aracının araştırma grubu üzerinde uygulanması, uyarlanan ölçek sonuçları ile karşılaştırılması temeline dayanmaktadır (58). Ölçeğin diğer ölçüm araçlarıyla ilişkisine bakılır. Karşılaştırmada ölçüm sonuçları arasında korelasyon katsayısı ve anlamlılık düzeyleri incelenmektedir (55).

“Birleşen (Convergent Validity) Geçerlik” ölçme aracı puanının, kendine benzeyen değişkenler ya da ölçümlerle (örneğin kaygı düzeyi ile doyumsuzluk puanı) kuramsal olarak anlamlı yüksek korelatif ilişki (benzer sonuçlu geçerlik) göstermesidir. **Ayırteden Geçerlik (Discriminant Validity)** ise; ölçüm aracı puanlarının kendinden farklı olan değişkenlerle (örneğin kaygı düzeyi ile iyilik hali) sıfır ya da anlamsız ilişki (ayırt eden) içinde olmasıdır. Bu durum sağlanırsa geçerlik saptanmış olur (58).

Birleşen ve ayırteden geçerlik, uyarlanan ölçeğin yapısal durumunun açıklanmasına önemli katkı sağlayan bir yöntemdir. Ancak ölçüm aracı uygulanan grubun bir oturumda dört ya da daha fazla testi doldurmaya gönüllü olması gerekir. Geçerlik için çok bilgi vermekle birlikte uygulanması güçtür. (58,60).

2.2.1.2.2. GÜVENİRLİK (reliability)

Güvenirlik; bir ölçme aracı kullanılarak aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir (39,58,59,64). Güvenirlik; değişmezlik, tutarlılık, kestirim gücü ve doğrulukla eş anlamlı olarak kullanılmaktadır (45,49,60). Ancak değişmezlik ve tutarlılık aracın tekrarlı ölçümlerde benzer sonuçlar verme yeteneğini, doğruluk ise gerçek ölçüm değerini belirleme yeteneğini ifade ettiği için güvenilirlik tanımı tüm bu özellikleri kapsamalıdır. Dolayısıyla güvenilirlik, ölçüm yanlılıklarının olmaması anlamını da

taşımaktadır (49).

Güvenirliği düşük olan bir ölçümün, bilimsel değeri de düşük olarak kabul edilmektedir (49). Ölçme aracının maddelerinin hatalı olması, çok kolay ya da zor olması, homojen (benzeşik) olmaması, sayısının az olması, ölçeği yanıtlayan bireylerin nitelikleri, ölçme aracının uygulanmasından ve test puanlamasından kaynaklanan hataların tümü ölçme aracının güvenilirliğini etkiler (64).

Ölçeğin (Testin) Güvenirliğini Belirlemede Kullanılan Yöntemler

Bir ölçme aracının güvenilirliğini belirleyecek birden çok yöntem vardır. Ölçüm aracının seçimi, madde puanlarının doğasına, amaca, araştırma koşullarına ve ölçeğin hipotezlerine bağlı olarak değişir (51). Temel yaklaşım; ölçüm hatalarının büyüklüğünü gösteren **ölçmenin standart hatası** ve ölçümler arasındaki ilişkiyi gösteren **güvenirlilik katsayılarının** belirlenmesi üzerine odaklanmıştır (59).

1. Ölçmenin Standart Hatası

Standart hata, frekans dağılımlarını tanımlayan yaygınlık ölçüleri altında yer alan önemli bir değerlendirme ölçütüdür. Aritmetik ortalama, dağılımın orta noktasını gösteren ve incelenen bireylerin değerlerinin tek değerle temsil edilmesini sağlayan ölçüdür ve standart hata ile birlikte gösterilmelidir. Standart hatanın belirlenebilmesi için standart sapmanın da bilinmesi gerekir. Aritmetik ortalama dağılımın yaygınlığı hakkında bilgi veremezken, standart sapma dağılımdaki her bir değer için ortalamaya göre ne uzaklıkta olduğunu ve dağılımın ne yaygınlıkta olduğunu gösterir (65). Ancak standart sapma ile dağılım hakkında çok fazla bir şey söylemek olanaksızdır. Çünkü hesaplanan standart sapma değeri mutlak bir değer olduğundan büyük müdür yoksa küçük müdür karar vermek mümkün değildir. Bu nedenle standart hatanın bilinmesi gerekmektedir.

Ölçme aracında standart hata payı, o ölçme aracının güvenilirliğinin bir göstergesidir. Aynı bireyler üzerinde birden çok ya da farklı gruplardaki bireyler üzerinde yapılmış ölçüm puanlarının standart hata değerlerinin küçük olması, ölçme aracının güvenilirliğinin yüksek olduğu

anlamına gelir (50,59,65).

2. Güvenirlilik Katsayısı

Bir ölçme aracının ne derece güvenilir olduğu, gerçek değerlerin varyansını gözlenen değerler varyansına oranlayarak elde edilen güvenirlilik katsayısı ile anlaşılabilir (60). Güvenirlilik katsayısı, hatanın değil ölçmedeki hatasızlığın bir ölçüsüdür ve tek bir istatistik değil, bir grup istatistiğidir (58).

Bir ölçeğin güvenirlilik katsayısının bulunmasında çeşitli yöntemlerden yararlanılmaktadır. Bu yöntemler; hata kaynaklarından hangisinin dikkate alınıp alınmadığına, içinde bulunulan koşullara, ölçeğin tekrar uygulama olasılığının bulunup bulunmamasına, ölçeğin paralel formunun varlığına ya da yokluğuna, ölçeğin bir güç ya da hız testi oluşuna göre seçilip kullanılmaktadır (50,60).

Güvenirlilik katsayısı (reability coefficient), bir ölçme aracının iki uygulaması arasındaki korelasyon katsayısıdır. Güvenirlilik katsayıları 0 ile 1 arasında değişir ve pozitif değerli olmaları beklenir. Değer +1'e yaklaştıkça güvenirliliğin yüksek olduğu kabul edilir. Katsayının adı; uygulama koşullarına, ölçme aracındaki, puanlayıcıdaki veya uygulama zamanındaki değişikliklere bağlı olarak seçilen analiz yöntemine göre değişir (50).

Güvenirlilik katsayı hesaplama yöntemleri temelde üç başlık altında toplanabilmektedir (39,43,55,56).

- I. Değişmezlik (Stability)/devamlılık/süreklilik/zamana göre değişmezlik katsayısı
-Test-tekrar test (test-retest) güvenirliliği / formun tekrarı yöntemi (Test- Retest Method)
- II. Eşdeğerlik katsayısı
 - a. Paralel form güvenirliliği / Eşdeğer (Paralel) Formlar Yöntemi
 - b. Ölçümcü güvenirliliği / Bağımsız gözlemciler arası ve içindeki uyum (Inter-

rater and intra-rater consistency)

c. Dil eşdeğerliği

III. İç tutarlılık (Internal consistency) / Tutarlılık (homogeneity) katsayısı

- İki yarım test / testi yarılama güvenilirliği (split-half) / yarıya bölme yöntemi
- Madde analizi/madde İstatistikleri/madde-toplam puan korelasyon katsayısı
- Cronbach alfa katsayısı, Kuder-Richarson 20 ve 21.

I. Değişmezlik (stability) Devamlılık / Süreklilik / Zamana Göre Değişmezlik Katsayısı

Test-tekrar test (test-retest) güvenilirliği / Formun Tekrarı Yöntemi (Test-Retest Method)

Test-tekrar test güvenilirliği, bir ölçme aracının tekrarlanan uygulamalar arasında tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür (39,45,50,54,55). Bu yöntem ölçülen niteliğin değişmez olduğu durumlarda uygulanır. Bilgi, tutum, ruh hali, fiziksel durum gibi iki zaman aralığında değişebilecek özelliklerin test edilmesinde kullanılmaz (45).

Test-tekrar test analizinde ölçme aracı, aynı denek grubuna, aynı koşullarda, uygun zaman aralığında iki kez uygulanır. İki uygulamadan elde edilen ölçüm değerleri korelasyon katsayısı, ölçeğin güvenilirlik katsayısıdır. (39,45,50,54-56). Pearson momentler çarpımı korelasyonu (54,60), Spearman sıralama (rank) korelasyonu ya da başka bir sayısal/niteliksel korelasyon katsayısı kullanılabilir (49). Katsayının yüksekliği, ölçümün değişmezliğini belirler (39,49).

Test-tekrar test korelasyon katsayısı yeterli düzeyde olsa bile ileri analiz yapılmalıdır. Bunun için iki ölçüm sonuçlarının puan ortalamaları ve standart sapmaları incelenmektedir. Her iki ölçüm sonucunun benzer olması gereklidir (60). Alt ölçekleri bulunan bir ölçüm aracında tüm bu sınamalar her bir alt ölçek için ayrı olarak yapılmalıdır (49,51,59).

Testin tekrarı yöntemi, testin bir gruba aralıksız ya da kısa bir dinlenmeden hemen sonra uygulanan “aralıksız yöntem” kullanılarak değerlendirilebildiği gibi iki-altı hafta gibi bir zaman aralığı ile iki kez uygulanan “aralıklı yöntemle” değerlendirilebilmektedir (49,59). İki uygulamada da gözlemci/ölçümcü, işlemler, saat ve çevre faktörleri aynı olmalıdır.

Test-tekrar test güvenilirliğinde en kritik yön, iki ölçme arasında bırakılması gereken zaman aralığıdır (39,58). Zaman aralığının çok kısa olması, yeniden anımsamayı kolaylaştıracağından, güvenilirliğin yapay olarak yüksek çıkmasına neden olabilir. Zaman aralığı uzun tutulduğunda ise, iki ölçme için aynı koşulların sağlanması olanaksız olabileceğinden güvenilirlik ölçütünün yorumu güçleşir (39,45,58,59). Ayrıca bireyin, testin içeriği ile ilgili olarak başka kaynaklardan öğrendikleri, ikinci uygulamadaki puanını etkileyebilir (39,58). Olası sınırlılıklarına karşın bir testin zamana göre değişmezliğinin en önemli ölçütü olan test-tekrar test tekniği, en sık kullanılan ve önerilen güvenilirlik göstergesidir (60).

II. Eşdeğerlik Katsayısı (Coefficient of Equivalence)

a. Paralel Form Güvenirliği / Eşdeğer (Paralel) Formlar Yöntemi (Parallel-Forms Method, Equivalent-Forms Method, Alternative-Form Method)

Alternatif ya da eşdeğer form güvenilirliği olarak da anılan bu güvenilirlik ölçütü genellikle ölçek oluştururken kullanılan bir yöntemdir (51,58). Aynı değişkeni ölçen iki ayrı ölçekle ya da aynı ölçeğin iki ayrı formuyla aynı anda, aynı gruba uygulanması sonucu elde edilen ölçüm değerlerinin korelasyonuna bakılır. Formlar arasındaki korelasyon Pearson Momentler Çarpımı ile hesaplanır ve güvenilirlik katsayısı olarak yorumlanır (49,55,56,58,59).

Paralel iki formun eşdeğerlik sınavasının yapılabilmesi, her iki ölçme aracı içindeki madde sayısı, niteliği, kullandığı ölçekleme tekniği (Likert, Thurstone vb.), faktör yapısı ve ölçülen özellik bakımından birbirine denk olmasına bağlıdır. Ölçek uyarılama çalışmalarında da bu eşdeğerlik koşullarına uyulması gerekmektedir (59).

b. Ölçümcü Güvenirliği [Bağımsız gözlemciler arası ve içindeki uyum (interrater)]:

Ölçümcü güvenirliği, bağımsız ölçümler arasında eşitlik arandığı durumlarda uygulanır (59). Verilerin gözleme dayalı olarak toplandığı, önceden gözlemcilerin eğitildiği, birden çok gözlem verisinin bulunduğu durumlarda, gözlemler arasındaki farklılık düzeyini belirlemek amacıyla kullanılır. Aynı gözlemcinin iki ya da daha fazla gözlemi arasında olabildiği gibi, iki ya da daha fazla gözlemcinin aynı gözlem sonuçları arasında uyum aranır (58).

Bağımsız gözlemler arası uyum; farklı uygulayıcıların, aynı zamanda aynı ölçme araçlarını kullandıklarında elde edilen puanların uyumlu olmasını ifade eder (45). Birden fazla ölçümcü arasında %70 ve daha yüksek tutarlılık, güvenirlilik sınaması için uygundur. Ancak tutarlılık yüzdesinin, şansa bağlı tutarlılığın yüksek olması nedeniyle yüksek çıkabileceği dikkate alınmalıdır. Cohen Kappa istatistiği şansa bağlı olmayan beklenen uyumu gösteren güvenilir bir yöntemdir (45,58,60,64). Bağımsız gözlemciler arası uyumu hesaplamak için korelasyon, t-testi ya da ikiden fazla gözlemcinin olduğu durumlarda özel varyans çözümlemeleri ve cronbach alfa kullanılır (60).

Gözlemciler içi uyum sınamasında, aynı gözlemci tarafından, iki ya da daha fazla gözlemin yapılarak puanlanması söz konusudur. Burada da ölçümler arası tutarlılığın yüzdesi, güvenirlilik sınaması için en çok kullanılan istatistiksel yöntemdir. Ayrıca iki ya da fazla ölçümcünün kendi içlerindeki uyumunu göstermek için cronbach alfa ve şansa bağlı tutarlılığın etkisini azaltmak ise Kappa istatistiği kullanılabilir (60,64).

c. Dil Eşdeğerliği

Dil eşdeğerliği, aynı ölçme aracının farklı iki dildeki iki formunun aynı gruba, aynı zamanda uygulanması ile elde edilen puanlar arasındaki korelasyon katsayısı hesaplanarak değerlendirilir. Eşdeğer iki form aynı bireylere aynı zamanda değil, belli bir zaman sonra uygulanırsa, eşdeğerlik ve süreklilik birbirine karışır, eşdeğerlikten söz edilemez (59).

III: İç Tutarlık (Internal Consistency) / Tutarlık (Homojenity)Katsayısı

Ölçme aracı bir gruba uygulandıktan sonra, sonuçların değerlendirilmesi aşamasında belli yöntemlere göre ikiye ayrılması ile bunlar arasında elde edilen katsayıya iç tutarlık katsayısı denir (59). İç tutarlığın dayandığı temel görüş, her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek (bir bütünü oluşturmak) üzere, birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bir bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımıdır (39). İç tutarlık katsayısı; ölçek tek bir boyuttan oluşursa ölçeğin bütününe yapılabileceği gibi ölçek faktörlerden oluşursa her faktör ve maddeleri bir bütün kabul edilip aynı teknik yaklaşımla faktör düzeyinde de hesaplanabilir (59).

İç tutarlık hesaplama yöntemleri (58,59);

1. İki yarım test (split-half)/testi yarılama güvenilirliği (split-half)/yarıya bölme yöntemleri: Spearman-Brown, Stanley, Rulon, Flanagan, Mossier, Horst gibi.
2. Cronbach Alfa ve Kuder Richardson 20, 21 güvenilirlik katsayıları.
3. Madde Analizi / madde istatistikleri / madde-toplam puan korelasyon katsayısı.

1. İki Yarım Test / Testi Yarılama Güvenirliği (Split-Half) / Yarıya Bölme Yöntemleri (Split-Half Method)

Testi yarılama güvenilirliği, formu iki eş parçaya bölerek, iki yarının deneklere aynı anda uygulanması sonrası, deneklerin her iki yarıdan aldıkları puanlar arasındaki korelasyon hesaplanarak değerlendirilir. Bunun için en çok tercih edilen yarılama yöntemi, tek numaralı (1-3-5 gibi) soruları bir grup, çift numaralı soruları (2-4-6 gibi) bir grup yaparak ayırmaktır (39,45,58,59). Testin bütününe ilişkin güvenilirlik katsayısını elde etmek için Spearman-Brown tarafından geliştirilen bir eşitlikten (düzeltme formülü) yararlanılmaktadır (39,58,59). Testin iki yarısına ilişkin varyansın (standart sapmanın karesi) eşit ya da çok yakın olmaması durumunda bu eşitlik kullanılmamalıdır (39). Stanley, Rulon, Flanagan, Mossier, Horst gibi yöntemler

kullanılarak da güvenilirlik katsayısı hesaplanabilmektedir (59).

2. Cronbach Alfa ve Kuder Richarson 20, 21 Güvenirlik Katsayıları.

Cronbach (1951) tarafından geliştirilen alfa katsayısı yöntemi, maddelerin 1-3, 1-4, 1-5 gibi puanlandığı durumlarda kullanılması uygun olan ve en sık kullanılan iç tutarlılık hesaplama yöntemidir (39,58,60). Ölçme aracı birbirinden bağımsız olarak farklı nitelikleri ölçen sorulardan oluşuyorsa alfa katsayısı hesaplanamaz (55).

Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı, ölçekte yer alan maddenin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Ölçülmek istenen özellik alanı homojen olduğunda cronbach alfa güvenilirlik katsayısı yüksek çıkar ve maddeler arasındaki iç tutarlığı gösterir (55,56,56,60).

Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0 ile 1 arasında değişim gösterir. Eğer maddeler standardize edilmiş ise, cronbach alfa maddelerin ortalama korelasyonuna ya da kovaryansına dayanarak hesaplanır (51). Ölçek maddeleri arasında negatif korelasyon varsa alfa katsayısı da negatif çıkar ve bu durum güvenilirlik modelinin bozulmasına neden olur. Çünkü ölçeğin toplanabilirlik varsayımı bozulmuş ve ölçek toplanabilir ölçek olmaktan çıkmıştır. Alfa katsayısının değerlendirilmesinde uyulan kriterlere bakıldığında;

“ $0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir,

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirlikte,

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir,

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir” şeklinde değerlendirilmektedir (52).

Güvenirlik ölçütü olarak elde edilen korelasyon katsayısının hangi düzeyde yeterli olduğu, ölçeğin ne amaçla kullanılacağına bağlıdır. Kültürlerarası ölçek uyarlamada, genel olarak 0.70 üzeri yeterli görülmele beraber 0.85-0.95 aralığının seçilmesi gerektiği (45) ancak, bireylerin geleceği hakkında önemli kararlar verilmesine yönelik ölçmelerde güvenilirliğin 0.95 ve üzerinde olması istenmektedir (60).

Güvenirlik katsayısı hesaplamalarında kullanılan Kuder Richardson 20 (KR-20); madde puanlamalarının var-yok, evet-hayır, doğru-yanlış veya 1-0 gibi süreksiz olduğu durumlarda kullanılır (58). Kuder Richardson 21 tekniği ise ölçekteki her sorunun günlük derecesinin aynı olduğu varsayımında kullanılır, bu varsayım nadiren gerçekleştiğinden KR 21 çok fazla kullanılmaz (51,55-57).

3. Madde Analizi / Madde İstatistikleri / Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayısı

Madde analizi, ölçme aracındaki her maddenin aldığı değerle, ölçme aracının tümünden alınan toplam değer arasındaki ilişkiyi ifade eder (52,58). Madde analizi sürecinde en sık kullanılan yöntem madde-toplam puan korelasyonlarının hesaplanmasıdır (45,58,59) Likert'in ölçek tanımında madde puanları dizisi sürekli bir puan olarak kabul edildiğinden (51) madde puanları ile ölçek puanları arasındaki korelasyon, Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı (51,58) ya da Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı düzeltilmiş formülü ile hesaplanmaktadır (51). Eğer yanıtlar kategorik iki değişkenli ise hesaplamada çift-seri (bi-serial) (39) ya da seçenekler derecelendirilmeli (kesintisiz ve eşit aralıklı) ise nokta çift seri (point bi-serial) teknikleri uygulanır (57).

Madde hesaplamasına dayalı iç tutarlık hesaplaması, bazı kaynaklarda geçerlik, bazı kaynaklarda güvenilirlik kapsamında ele alınmaktadır. Maddeler arasındaki tutarlılığı ölçmesi açısından bakıldığında iç tutarlık, bir güvenilirlik sorunudur. Madde-toplam puan korelasyonu, bir maddenin ayırt edicilik indeksini verir, bu da o maddenin geçerliği demektir. Bir soru ile diğer soruların toplamından oluşan bütün arasındaki korelasyon hesaplamasına dayanmaktadır. Bu yöntem ele alınan her sorunun bütün içinde eklenebilir özellik taşıyıp taşımadığını belirtmektedir. Maddeler arası ilişki ne kadar yüksekse, ölçeğin o ölçüde tek boyutluluğunu, yani maddelerin aynı özelliği ölçtüğünü ve toplanabilirliğini gösterir (52). Eğer bir maddenin toplam puanla olan korelasyonu düşükse, bu o maddenin ölçüm aracındaki maddelerden farklı bir niteliği ölçtüğü, ölçme aracında gereksiz olduğu ve ölçekten çıkarılması gerektiği yorumu yapılabilir (39,58).

Madde-toplam puan korelasyon katsayısının hangi ölçütün altına düşünce güvenilirliğinin yetersiz sayılacağı konusunda belirli bir standart olmamakla birlikte, Karasar'a (2000) göre 0.50'den küçük katsayısı olan maddelerin güvenilirliğinden kuşku duyulmalı iken (39), Öner'e (1987) göre bu katsayı 0.30'un üzerinde olmalıdır (54). Özdamar'a (2004) göre madde-toplam puan korelasyonlarının negatif olmaması ve hatta 0.25 değerinden büyük olması gerekir (52). Uygulamada, maddelerin korelasyon katsayısının 0.20 değerinin üzerinde olması kriter olarak kullanılmaktadır (60).

Düşük korelasyon gösteren maddelerin ölçme aracından çıkarılması önerilmektedir (49,52). Fakat bu kesin kural değildir. Bir maddenin ölçekten çıkarılması için; madde silinirse alfa katsayısındaki (alpha if item deleted) değişime ve madde silinirse ortalamadaki (scale mean if item deleted) değişime bakmak gerekir. Bazı maddeler ölçekten çıkarıldığında eğer alfa katsayısı yükseliyorsa o madde homojeniteyi bozan ve güvenilirliği azaltan bir maddedir ve ölçekten çıkarılması gerekir. Diğer taraftan bir madde ölçekten çıkarılırsa alfa değeri genel alfa değerinin altına düşüyorsa, güvenilirlik azalıyorsa o madde ölçek için vazgeçilmezdir ve ölçeğin ana çatısını oluşturan bir maddedir. Güvenirliği değiştirmeyen sorular ise ölçeği destekleyen sorulardır ve ölçekten çıkarılmaması önerilir (52). Ancak tüm bu bilgiler ışığında, kültürlerarası ölçek uyarlaması yapılırken orijinal ölçekte kabul edilen katsayı sınırına, araştırmacının amacına ve yapılan ölçmenin niteliğine göre karar verilebilir. Uyarlanan ölçekteki birçok maddenin güvenilirlik katsayısı çok düşük çıkıyor ve atılması gerekiyorsa, maddenin orijinal ve hedeflenen dildeki anlamıyla aynı olup olmadığının ve çeviri-uyarlamasının uygunluğunun yeniden gözden geçirilmesi gerekir. Ayrıca bu maddeler çıkartıldığında orijinal ölçekle ve toplam puanla olan karşılaştırmalarının nasıl yapılacağına karar verilmelidir (60).

2.2.1.3. Kültürlerarası Karşılaştırma

Ölçek uyarlama çalışmasının bu aşamasında uyarlanan ölçeğin normları saptanarak diğer dillerdeki ölçek normları ile karşılaştırılmaktadır. Bu aşamada; uyarlanan ölçeğin puan ortalamaları, standart sapmaları ve kesme noktası gibi özelliklerinin, orijinal ölçeğin norm değerlerine benzeyip benzemediğinin değerlendirilmesi gerekir. Uyarlanan ölçeğin ölçme hatasının orijinal ölçeğin ölçme hatasına yakın olması beklenir. Ayrıca her iki ölçek faktör

yapıları, faktör-madde yükü değerlerinin benzerliği karşılaştırılır (49,54,55,60).

Ölçek uyarlama çalışmalarının psikometrik özellikleri değerlendirilirken bu özelliklerin birçoğu kendiliğinden açıklanmaktadır. Açıklanamıyorsa, bunun olası nedenleri araştırılmalı ve ortaya konmalıdır (60). Uygulamada faktörlerin büyük oranda benzeşik olması yeterli görülmekte ve orijinal ölçekteki faktörler benimsenmektedir (54).

Bir ölçeği farklı dillere uyarlarken kültürlerarası karşılaştırma (cross-cultural) yapmanın özel koşulları vardır. Bu tür araştırmalarda ölçeği geliştiren ve uyarlayan araştırmacılar genellikle birlikte çalışırlar. Her iki kültürde benzer özellikleri olan bireylere uygulanan iki ölçeğin tüm psikometrik özellikleri, ölçekteki maddelere verilen yanıtların yüzdeleri ve benzeri birçok özellik karşılaştırılır. Böylelikle, kültürel özelliklerden kaynaklanan ayrılıklar tartışılmakta ve ölçeğin evrenselleşmesi sağlanmaktadır (60).

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla yapılmış metodolojik bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi dört genel cerrahi kliniğinde yatan ve ameliyat olan hastalarla yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Planı

Araştırmanın Eylül 2006- Haziran 2007 tarihleri arasında yürütülmüştür. Nisan-Haziran 2007 tarihleri arasında 250 olarak belirlenen hasta sayısına ulaşılan kadar veriler toplanmıştır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın evren ve örneklemini, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4 genel cerrahi kliniğinde Nisan-Haziran 2007 tarihleri arasında yatan ve cerrahi girişim uygulanan hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini gastrointestinal sistem (GİS) ve aksesuar organlarda (safra ve safra yolları, karaciğer, pankreas, dalak) cerrahi girişim uygulanan hastalar oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğüne karar verebilmek için dört cerrahi kliniğinin 2005 yılına ait ameliyat kayıtları incelenmiş ve toplam 4857 ameliyatın yapıldığı saptanmıştır. Elde edilen toplam hasta sayısı uygulanan cerrahi girişim tipine göre sınıflandırılmıştır. GİS ve aksesuar organlarda cerrahi girişimin daha sık olarak yapıldığı ve toplam hasta sayısının 2071 olduğu belirlenerek örneklem grubuna alınmasına karar verilmiştir. Örneklem büyüklüğüne karar vermek için geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında ölçek madde sayısının (50 madde) beş katı dikkate alınarak belirlenmiş

(55) ve hedeflenen 250 hastaya ulaşılan kadar veriler toplanmıştır. Çalışma; cerrahi girişimi takiben eve taburcu edilmesi planlanan, kişi, yer ve zaman oryantasyonu olan, Türkçe konuşabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla yürütülmüştür.

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=250)

Sosyodemografik Özellikler			
		Ortalama ve Standart Sapma	
Yaş		49.3 ± 17.5	
		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet			
	Kadın	145	58.0
	Erkek	105	42.0
	Toplam	250	100
Medeni Hali			
	Bekar	57	22.8
	Evli	193	77.2
	Toplam	250	100
Eğitim Durumu			
	İlkokul	144	57.6
	Ortaokul	32	12.8
	Lise	63	25.2
	Üniversite	11	4.4
	Toplam	250	100
Sosyal Güvencesi			
	Emekli Sandığı	14	5.6
	Bağ-kur	56	22.4
	SSK	115	46.0
	Yeşilkart	54	21.6
	Ücretli	11	4.4
	Toplam	250	100
Mesleği			
	İşçi	17	6.8
	Memur	15	6.0
	Serbest Meslek	31	12.4
	Emekli	56	22.4
	Öğrenci	12	4.8
	Çalışmıyor	119	47.6
	Toplam	250	100

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 2’de gösterilmiştir. Örneklem grubundaki hastaların yaş ortalaması 49.3±17.5’ tir. Hastaların %58’i erkek, %77.2’si evli ve %57.6’sı ilköğretim mezunudur. Ayrıca hastaların sosyal güvencelerine bakıldığında %46’sının SSK’lı ve %47.6’sının çalışmadığı görülmektedir.

Tablo 2. Hastaların Tıbbi Tedavi Durumuna Göre Dağılımı (n=250)

Hastaya Ait Veriler		Sayı (N)	Yüzde (%)
Yattığı Klinik			
	1. Genel Cerrahi Kliniği	63	25.2
	2. Genel Cerrahi Kliniği	62	24.8
	3. Genel Cerrahi Kliniği	62	24.8
	4. Genel Cerrahi Kliniği	63	25.2
	Toplam	250	100
Cerrahi Prosedürün Adı			
	Apendektomi	37	14.8
	Açık Kolesistektomi	14	5.6
	Laparoskopik Kolesistektomi	93	37.2
	Mide-Barsak Rezeksiyonları	25	10.0
	Karaciğer/Dalak (kistektomi, splenektomi)	18	7.2
	Primer Sütür (kesici delici alet, ateşli silah yaralanmaları vb. sonrası cilde tamir)	16	6.4
	Ostomi açılması, kapatılması, revizyon	33	13.2
	Exploratif Laparotomi	14	5.6
	Toplam	250	100
Vakanın Tipi			
	Acil	67	26.8
	Elektif	183	73.2
	Toplam	250	100

Örneklem grubunda yer alan hastaların tıbbi tedavi durumlarına ilişkin veriler Tablo 2’de verilmiştir. Hastalar dört genel cerrahi kliniğine eşit oranlarda dağılmaktadır. Hastaların %37.2’si laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olmuştur. Ayrıca hastaların %73.2’si elektif olarak ameliyat edilmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, hastalara ait bilgileri içeren “Sosyodemografik Veri Toplama Formu” (Ek-6) ve Bubela ve arkadaşları tarafından 1990 yılında geliştirilen “Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (Ek-7) kullanılmıştır.

3.5.1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu (Ek-6)

Sosyodemografik Veri Toplama Formu; hastanın yaşı, cinsiyeti, öğrenim durumu, medeni hali, mesleği, sosyal güvencesi, yattığı klinik, geçirdiği cerrahi girişim ve ameliyat şekline ilişkin bilgileri içermektedir.

3.5.2. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (Ek-7)

“Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği”; hastaların taburculukta bilgi gereksinimlerini belirlemek için ilk olarak 1990 yılında Bubela, Galloway, McCay, McKibbon, Nagle, Pringle, Ross & Shamian tarafından geliştirilmiştir. Ölçek toplam 50 madde ve 7 alt ölçekten oluşmaktadır (Tablo 3). Ölçeğin faktör analizi sonucu ortaya konan yedi faktörlü yapı, ölçekteki toplam varyansın %56.1’ini açıklamaktadır (19).

Tablo 3. HÖGÖ ve Alt Ölçekler Madde ve Puanları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Madde Sayısı	Madde Numaraları	Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Değerler
İlaçlar	8	3,8,16,18,37,39,44,45	8-40
Yaşam Aktiviteleri	9	2,5,14,17,27,28,29,30,48	9-45
Toplum ve İzlem	6	6,9,22,31,36,41	6-30
Duruma İlişkin Duygular	5	7,24,32,35,42	5-25
Tedavi ve Komplikasyonlar	9	1,4,10,19,20,23,26,38,47	9-45
Yaşam Kalitesi	8	11,13,15,21,34,40,46,50	8-40
Cilt Bakımı	5	12,25,33,43,49	5-25
Toplam	50		50-250

HÖGÖ ve alt ölçeklerin madde sayısı, madde numaraları ve ölçek ve alt ölçeklerden alınabilecek en düşük ve en yüksek değerlere ilişkin bilgiler Tablo 3’te gösterilmiştir.

Ölçek maddeleri likert tipi ölçekleme yöntemi ile “1= önemli değil”, “2= biraz önemli”, “3= ne az ne çok önemli”, “4= çok önemli”, “5= son derece önemli” şeklinde değerlendirilmektedir. Buna göre hastalardan taburculuk öncesi eve gönderilmeden bilgi gereksinimlerini ve önceliklerini en iyi tanımlayan seçeneği seçmeleri istenmektedir. Ölçeğin değerlendirmesi her bir alt boyut ve ölçek toplam puanı üzerinden yapılmaktadır.

Ölçek sonucunda elde edilen puanlar 50-250 arasında değişmektedir. Ölçek ve alt ölçek puanları; toplam ölçek ve tüm alt ölçeklerin soru sayısına bölünerek, 1 ile 5 arasında önemlilik düzeyine göre, “1= önemli değil”, “2= biraz önemli”, “3= ne az ne çok önemli”, “4= çok önemli”, “5= son derece önemli” şeklinde yorumlanmaktadır.

“Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği” geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması amacıyla, cerrahi (% 53) ve dahiliye (% 43) olmak üzere 301 hastaya taburculuk sonrası 72 saat içinde uygulanmıştır. Ölçeğin güvenilirliğine ilişkin bilgiler Tablo 4’te verilmiştir.

Tablo 4. Original HÖGÖ ve Alt Ölçeklerin Cronbach Alpha Değerleri ve Alt Ölçek Toplam Puanı ile Ölçek Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonun İncelenmesi (n=301)

Alt Ölçekler	Cronbach Alfa (α) Değerleri	Madde-Toplam Puan Korelasyonu (r)
İlaçlar	0.88	0.74
Yaşam Aktiviteleri	0.84	0.82
Toplum ve İzlem	0.85	0.82
Duruma İlişkin Duygular	0.79	0.78
Tedavi ve Komplikasyonlar	0.83	0.83
Yaşam Kalitesi	0.85	0.85
Cilt Bakımı	0.69	0.69
TOPLAM ÖLÇEK	0.95	

Tablo 4'te görüldüğü üzere; toplam ölçek için cronbach alfa 0.95 iken, yedi alt ölçek için sırasıyla İlaçlar 0.88, Yaşam Aktiviteleri 0.84, Toplum ve İzlem 0.85, Duruma İlişkin Duygular 0.79, Tedavi ve Komplikasyonlar 0.83, Yaşam Kalitesinin Arttırılması 0.85, Cilt Bakımı 0.69'dur. Ölçeğin alt ölçekler toplam puanı ile ölçek toplam puanı arasındaki korelasyon 0.69-0.85 arasında iken, alt ölçek madde puanları ile alt ölçek toplam puanları arasındaki korelasyon 0.42-0.71 arasında bulunmuştur.

Galloway, Bubela, McKibbon, McCay, Ross & Nagle (1998) tarafından yapılan revize çalışmasında ölçek 250 dahiliye hastasına uygulanmış ve beş alt boyut güçlü bir faktör yükü ortaya koymuştur. Revize edilen ölçek 40 madde (%44.7 varyansla) beş alt boyuta ayrılmıştır (21,22). Buna göre ölçek alt boyutları; toplum bakım ve desteği, ilaçlar, tedavi ve yaşam aktiviteleri, komplikasyonlar ve semptomlar, hastalığa ilişkin kaygılardan oluşmaktadır. Ölçeğin revize çalışması sonrası cronbach alpha katsayısı toplam ölçek için 0.95 ve beş alt boyut için 0.76- 0.91 olarak bulunmuştur.

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği, taburculuktaki bilgi gereksiniminin karşılanıp karşılanmadığını araştırmamaktadır. Ancak belirlenen bilgi gereksinimleri ve önceliklerine ilişkin taburculuk öncesi bilgi verilip verilmediğini ve verilen bilginin gereksinimleri karşılama

durumunu ortaya koyma açısından ölçek maddeleri modifiye edilebilmektedir. Hastalar her bir ölçek maddesine ilişkin verilen bilgi için likert tipi olarak “1= hiç uygun değil”, “2=biraz uygun”, “3=ne az ne çok uygun”, “4=çok uygun”, “5=tamamen uygun” olarak en uygun seçeneği seçebilmektedir. Ayrıca hastalar “0=gereksinimimi karşılayacak bilgi verilmedi” seçeneğini de seçebilmektedir. HÖGÖ’nin bu modifiye şekli “Gereksinimlerin Karşılanma Skoru (Needs Met Score-NMS)” olarak adlandırılmıştır.

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (40 madde) ve Gereksinimlerin Karşılanma Skoru (GKS) 1999 yılında Carew tarafından yapılan çalışmada, kalp kateterizasyonu uygulanan ve taburculuğu planlanan 49 hastada kullanılmıştır (21). Yine ölçeğin 50 maddelik versiyonu ve Gereksinim Karşılanma Skoru, 2000 yılında Jacobs tarafından apandisit, inguinal herni ve kolesistektomi geçiren 45 cerrahi hastasında birlikte kullanılmıştır (22).

Bu çalışmada kullanılacak ölçek versiyonuna karar vermeden önce, ölçeğin 50 maddelik orjinal versiyonu ile 40 maddelik revize versiyonu değerlendirilmiştir. Cerrahi girişim uygulanan hastaların taburculuktaki bilgi gereksinimlerini belirlemede daha özel olan “insizyon yeri bakımı, ev işlerine başlama gibi maddeleri içermesi” açısından 50 maddelik versiyonu kullanılmıştır.

3.6. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Veriler araştırmanın yapıldığı kliniklerde örneklem grubu hastalarıyla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Her bir kişi için 20 dakikalık sürede verilerin toplanması planlanmıştır ancak araştırmanın ön uygulaması sonrası bu sürenin 15-30 dakika arasında değiştiği görülmüştür. Ölçek, cerrahi girişim geçiren hastalara taburculuktan önce son 24-48 saat içinde uygulanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Ölçeğin kapsam geçerliği için uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Kendall İyi Uyuşum Katsayısı kullanılmıştır. Güvenirliğine ilişkin olarak; ölçek ve alt boyutlarının iç tutarlılığının değerlendirilmesinde cronbach alpha

güvenirlilik katsayısı, madde-toplam puan korelasyonlarının karşılaştırılmasında pearson momentler çarpımı korelasyonu kullanılmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. HÖGÖ'nin Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi	İstatistiksel Yöntemler
GEÇERLİK	
Dil Geçerliği	İngilizce'den Türkçe'ye çeviri Türkçe'den İngilizceye geri çeviri
İçerik/Kapsam Geçerliği	Uzman puanlarının tutarlığı için Kendall İyi Uyuşum Katsayısı
İç Ölçüt Geçerliği:	Alt ve üst grup puan ortalamalarının karşılaştırılması için t testi (bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi)
GÜVENİRLİK	
Ölçmenin Standart Hatası	Puan ortalaması ve standart hata
İç Tutarlık Güvenirlilik Katsayısı	Cronbach Alpha Güvenirlilik Katsayısı
Madde Analizi	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu Düzeltilmiş Formülü (point-bi-serial)

3.8. Araştırma Etiği

Orginal ölçek 1990 yılında Bubela ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (19). Ölçeği, Türkiye'de kullanmak amacıyla geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılabilmesi için N. Bubela'dan e posta yoluyla yazılı izin alınmıştır (Ek-1).

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü (Ek-3), İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden (Ek-4) yasal izin ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu etik kurulundan (Ek-2) onay

alınmıştır.

Örnekleme alınan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan, araştırmanın amacı açıklandıktan sonra yazılı onay (Ek-5) alınarak veriler toplanmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği dahiliye ve cerrahi hastaların taburculuktaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmede geliştirilen bir ölçüm aracıdır. Bu çalışmanın belirli bir cerrahi hasta grubunda yapılmış olması her iki grupta genellenmesi için bir sınırlılık kabul edilebilir. Ölçek spesifik hasta gruplarında değerlendirilerek tüm hastaların gereksinimlerini yansıtacak forma dönüştürülmesine katkı sağlayabilir.

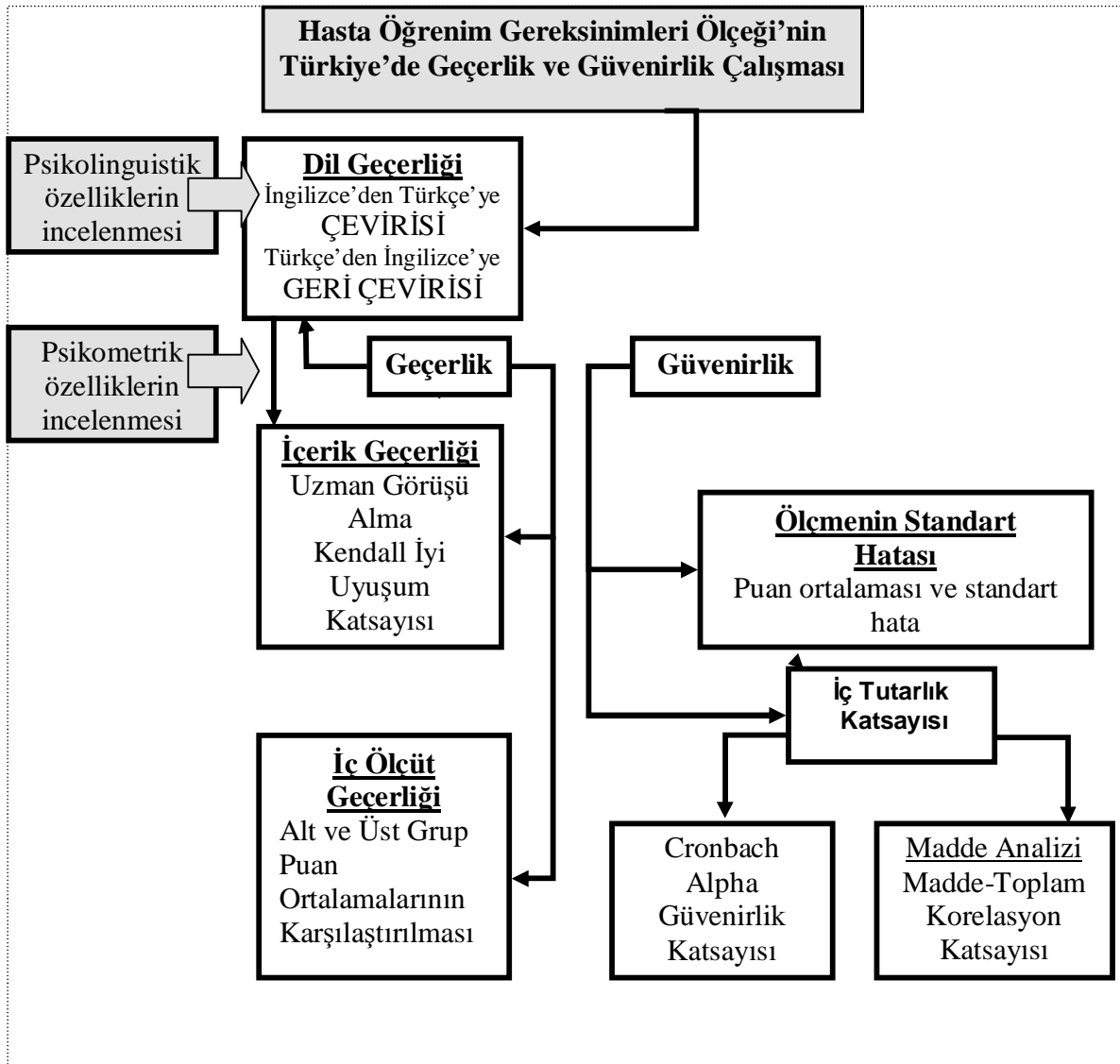
2. Ölçüm aracında madde-toplam puan korelasyonu alt sınırdaki olan maddelerin ölçek ile yapılan diğer çalışmalarda tekrar değerlendirilmesi yararlı olabilir.

3. Kültürler arası ölçek uyarlamada ölçek yapısı belirlendiği için açıklayıcı faktör analizinin yapılmasına gerek olmadığı belirtilmektedir. Ancak önerilen doğrulayıcı faktör analizinin istatistik yazılım programına ulaşamaması nedeniyle yapılamaması bir sınırlılıktır.

BÖLÜM IV BULGULAR

4.1. HÖGÖ'nin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi

Bu bölümde HÖGÖ'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenirliğini sınamak amacıyla yapılan analiz sonuçları yer almaktadır ve yapılan analizler aşamalarına göre aşağıda şematize edilmiştir.



Şekil 1. HÖGÖ'nin Türkiye'deki Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesinde İzlenen Çalışma Aşamaları

4.1.1. HÖGÖ'nin Dil Geçerliğinin İncelenmesi

HÖGÖ'nin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik sınamasında ilk olarak dil geçerliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalar yürütülmüştür. Öncelikle orginal ölçek araştırmacı tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Daha sonra ölçeğin çevirileri her iki dili bilen iki İngilizce dili okutmanı ve konunun uzmanı iki kişi olmak üzere dört kişi tarafından yapılmıştır. Ölçek maddelerinde en uygun ifadeler seçildikten sonra yeniden Türkçe'den İngilizce'ye geri çevirisi, daha önce anketin İngilizce halini görmeyen her iki dili bilen anadili Türkçe olan iki İngilizce dili okutmanı ve iki konu uzmanı dört kişiye yaptırılmıştır. Dil geçerliği sağlanan ölçek 20 hastaya uygulanmış ve ölçek maddelerindeki ifadelerin hastalar tarafından anlaşılır bulunduğu görülmüştür.

4.1.2. HÖGÖ'nin İçerik Geçerliğinin İncelenmesi

Dil geçerliği sağlanan ölçek, içerik geçerliliğini sınamak amacıyla cerrahi hastalıkları hemşireliği alanında uzman 13 hemşirelik öğretim üyesi görüşüne sunulmuştur. Uzmanlar tarafından her soru, 1 (en kötü) ile 10 (en iyi) arasında puanlandırılmıştır. Uzman önerileri doğrultusunda ölçek maddeleri gözden geçirilmiştir. Ölçek 14. maddesinde yer alan “Ev işlerine ne zaman başlamalıyım?”, “Ev işlerine/işe ne zaman başlayabilirim?” olarak değiştirilmiştir. Ölçek 23. maddesinin orginal çevirisinin “Yardım için kimi aramalıyım?” olarak yapılmasına karşın, ifadenin daha açık olması gerekçesiyle yapılan öneri sonucu “Evde yardım için telefonla kimi aramalıyım?” olarak düzeltilmiştir. Ayrıca 45. maddede yer alan “İlaçlarımı nereden temin edebilirim”, uzman önerileri doğrultusunda “İlaçlarımı nereden/nasıl temin edebilirim?” şeklinde değiştirilmiştir.

Uzmanların önerileri sonucunda ölçek maddelerinde gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra ölçek tekrar aynı uzmanların değerlendirmesine sunulmuştur. Uzman görüşleri istatistiksel olarak Kendall İyi Uyuşum Katsayısı (Kendall Coefficient of Concordance: W) kullanılarak değerlendirilmiştir.

Tablo 6. HÖGÖ'nin İçerik Geçerliğinde Uzman Görüşlerinin İncelenmesi (n=13)

Hasta Öğenim Gereksinimleri Ölçeği	En Düşük En Yüksek Madde Puanları	Madde Puan Ortalaması	Kendall İyi Uyuşum Katsayısı
1. Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir?	9-10	9.9±0.2	W=0.100 p=0.07
2. Enerjimi/gücümü korumak için ne yapmalıyım?	9-10	9.8±0.3	
3. İlaçlarımın her biri nasıl etki ediyor?	8-10	9.7±0.5	
4. Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebilirim?	8-10	9.7±0.6	
5. Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir problem olursa ne yapmalıyım?	9-10	9.9±0.2	
6. Evdeki bakımında ne yapmalıyım?	10-10	10±0.0	
7. Hastalığım hakkında ailem ve arkadaşarımla nasıl konuşabilirim?	10-10	10±0.0	
8. İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmalıyım?	10-10	10±0.0	
9. Ailem hastalığımla baş edebilmek için nerelerden yardım alabilir?	10-10	10±0.0	
10. Hastalığıma bağlı oluşabilecek sorunlar nelerdir?	8-10	9.7±0.6	
11. Bu hastalık geleceğimi nasıl etkileyecek?	10-10	10±0.0	
12. Ne zaman duş alabilir ya da banyo yapabilirim?	10-10	10±0.0	
13. Hastalığımanın belirtileri neler olabilir?	9-10	9.8±0.3	
14. Ev işlerine/işe ne zaman başlayabilirim?	10-10	10±0.0	
15. Ağrımı nasıl giderebilirim?	8-10	9.7±0.6	
16. İlaçlarımın her birini ne kadar süre kullanmalıyım?	10-10	10±0.0	
17. Ne kadar süre istirahat etmeliyim?	8-10	9.8±0.5	
18. İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok karına gibi) almalıyım?	9-10	9.8±0.3	
19. Tedavimi kim takip edecek?	8-10	9.8±0.5	
20. Tedavime bağlı oluşabilecek yan etkiler nelerdir?	9-10	9.9±0.2	
21. Hastalığımanın belirtileri ortaya çıktığında ne yapmalıyım?	8-10	9.6±0.6	
22. Evde acil bir sağlık sorunum olduğunda nereye başvurabilirim?	10-10	10±0.0	
23. Evde yardım için telefonla kimi aramalıyım?	9-10	9.9±0.2	
24. Hastalığımanın nedeni/nedenleri nelerdir?	10-10	10±0.0	
25. Ameliyat yarasının bakımını nasıl yapmalıyım?	10-10	10±0.0	

26. İdrar yapmamla ilgili bir sorunum olursa ne yapmalıyım?	10-10	10±0.0
27. Yemeklerimi nasıl (yağsız, tuzsuz gibi) hazırlamalıyım?	10-10	10±0.0
28. Yemem ve yememem gereken yiyecekler nelerdir?	10-10	10±0.0
29. Yeterli uyuyamazsam ne yapmalıyım?	10-10	10±0.0
30. Yapmamam gereken aktiviteler (ağır kaldırmak gibi) nelerdir?	10-10	10±0.0
31. Acil durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabilirim?	9-10	9.9±0.2
32. Yaşam/ölümle ilgili duygularımı kiminle konuşabilirim?	10-10	10±0.0
33. Ayaklarıma uygun bakımı nasıl yapmalıyım?	10-10	10±0.0
34. Hangi vitaminleri ve ek gıdaları almalıyım?	10-10	10±0.0
35. Hastalığıma ilişkin duygularıyla baş etmek için nereden yardım alabilirim?	10-10	10±0.0
36. Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim?	9-10	9.9±0.2
37. İlaçlarımla ilgili her birini niçin kullanmam gerekiyor?	10-10	10±0.0
38. Hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önlemeliyim?	10-10	10±0.0
39. İlaçlarımla ilgili olası yan etkiler nelerdir?	10-10	10±0.0
40. Stresle nasıl baş edebilirim?	10-10	10±0.0
41. Klinikten eve nasıl gideceğim?	9-10	9.8±0.3
42. Hastalığımla ilgili duygularımı nasıl tanımlayabilirim?	10-10	10±0.0
43. Cildimde yara oluşmasını nasıl önlemeliyim?	9-10	9.8±0.3
44. İlaçlarımla ilgili her birini ne zaman almalıyım?	10-10	10±0.0
45. İlaçlarımla ilgili nereden/nasıl temin edebilirim?	10-10	10±0.0
46. Stresten nasıl uzak durabilirim?	10-10	10±0.0
47. Tedavimin amaçları nelerdir?	10-10	10±0.0
48. Yapmam gereken hareketler nelerdir?	9-10	9.9±0.2
49. Cildimde kızarıklık oluşmasını nasıl önlemeliyim?	9-10	9.9±0.2
50. Bu hastalık yaşamımı nasıl etkileyecek?	10-10	10±0.0

İçerik geçerliğinde, uzmanların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği maddelerine verdikleri puanlar ve Kendall İyi Uyuşum Katsayısı değerlendirme sonucu Tablo 6'da verilmiştir. HÖGÖ maddelerine 13 uzman tarafından verilen puanların istatistiksel olarak incelenmesinde uzmanlar arası görüş birliği olduğu saptanmıştır (W=0.100, p=0.07).

Uzmanlar arası görüş birliği sağlandıktan sonra ön uygulama genel cerrahi kliniklerinde ameliyat olan, örnekleme uygun 13 hasta üzerinde uygulanmıştır. Uygulama sonucuna göre gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra ölçeye son şekli verilmiştir. Ön uygulama yapılan grup verileri geçerlik ve güvenilirlik çalışma sonuçları içinde kullanılmamıştır.

4.1.3. HÖGÖ'nin Güvenirlik Analizlerinin İncelenmesi

HÖGÖ'nin güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla ölçek ve alt ölçekler için tanımlayıcı olarak ortalama değer, standart sapma, ortanca değer, en düşük ve en yüksek değerler hesaplanmıştır. Ölçmenin standart hatası değerlendirildikten sonra ölçek ve alt ölçekler için iç tutarlık güvenilirlik analizi yapılmıştır. HÖGÖ'nin güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı istatistikleri, iç tutarlık güvenilirlik katsayı hesaplamaları ve madde analizi sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir.

4.1.3.1. HÖGÖ'nin Tanımlayıcı Özelliklerinin İncelenmesi

HÖGÖ ve alt ölçeklerinin tanımlayıcı özelliklerinin istatistiksel olarak incelenmesi Tablo 7'de gösterilmiştir. HÖGÖ'nin tanımlayıcı istatistik sonuçları; Tablo 7'de ilk sırada ölçek ve alt ölçek toplam puan ortalamasına göre verilmiştir. İkinci sırada parantez içinde ise ölçek ve alt ölçek verilerinin tanımlayıcı istatistik sonuçları 1-5 arasında hesaplanan puan ortalaması temel alınarak önemlilik düzeyine göre verilmiştir.

Tablo 7. HÖGÖ ve Alt Ölçeklerinin Tanımlayıcı Özelliklerinin İncelenmesi (n=250)

Alt Ölçekler	Tanımlayıcı İstatistikler					
	Madde Sayısı	Ortalama Değer (Mean)	Standart Sapma (Sd)	Ortanca Değer (Median)	En Düşük Değer (Minimum)	En Yüksek Değer (Maximum)
İlaçlar	8	31.96 (3.99)	3.37 (0.42)	32.00 (4.00)	20.00 (2.50)	40.00 (5.00)
Yaşam Aktiviteleri	9	34.83 (3.87)	4.37 (0.48)	35.00 (3.88)	20.00 (2.22)	44.00 (4.88)
Toplum ve İzlem	6	21.42 (3.57)	2.64 (0.44)	21.00 (3.50)	13.00 (2.16)	28.00 (4.66)
Duruma İlişkin Duygular	5	17.31 (3.46)	2.65 (0.53)	18.00 (3.60)	9.00 (1.8)	24.00 (4.80)
Tedavi ve Komplikasyonlar	9	35.54 (3.94)	3.89 (0.43)	36.00 (4.00)	21.00 (2.33)	45.00 (5.00)
Yaşam Kalitesi	8	30.67 (3.83)	4.08 (0.51)	30.00 (3.75)	17.00 (2.12)	40.00 (5.00)
Cilt Bakımı	5	19.07 (3.81)	2.08 (0.41)	19.00 (3.80)	13.00 (2.60)	25.00 (5.00)
TOPLAM ÖLÇEK	50	190.81 (3.82)	17.05 (0.34)	189.50 (3.78)	128.00 (2.56)	234.00 (4.68)

*Parentez içindeki veriler ölçek ve alt ölçeklerin önemlilik düzeyine göre 1-5 arasında değerlendirilmesi ile elde edilen puan ortalamasını göstermektedir.

Tablo 7’de, toplam ölçek için madde puan ortalamasının 190.81 ± 17.05 , alt ölçeklerin 17.31 ± 2.65 ile 35.54 ± 3.89 arasında olduğu görülmektedir. HÖGÖ’nin ve alt ölçeklerin toplamlarının önem düzeyine göre ortalaması üzerinden değerlendirildiğinde 3.50 üzerindedir ve “çok uygun” değerlendirmesine oldukça yakın olduğu görülmektedir.

4.1.3.2. HÖGÖ’nin İç Tutarlılığının İncelenmesi

HÖGÖ’nin toplam ölçek ve alt ölçekleri için iç tutarlık güvenilirlik katsayıları (cronbach alfa) değerlendirilmiş ve Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. HÖGÖ ve Alt Ölçeklerin Cronbach Alfa Değerlerinin İncelenmesi (n=250)

Alt Ölçekler	Cronbach Alfa (α) Değeri
İlaçlar	0.82
Yaşam Aktiviteleri	0.83
Toplum ve İzlem	0.57
Duruma İlişkin Duygular	0.61
Tedavi ve Komplikasyonlar	0.79
Yaşam Kalitesi	0.80
Cilt Bakımı	0.65
TOPLAM ÖLÇEK	0.93

HÖGÖ’nin cronbach alfa değerleri incelendiğinde; toplam ölçek iç tutarlık güvenilirlik katsayısının 0.93, “**İlaçlar**” alt ölçeğinde 0.82, “**Yaşam Aktiviteleri**” alt ölçeğinde 0.83, “**Toplum ve İzlem**” alt ölçeğinde 0.57, “**Duruma İlişkin Duygular**” alt ölçeğinde 0.61, “**Tedavi ve Komplikasyonlar**” alt ölçeğinde 0.79, “**Yaşam Kalitesi**” alt ölçeğinde 0.80, “**Cilt Bakımı**” alt ölçeğinde ise 0.65 olduğu saptanmıştır.

4.1.3.3. HÖGÖ'nin Madde Analizlerinin İncelenmesi

HÖGÖ'nin madde-toplam puan korelasyonu Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. HÖGÖ'nin Madde-Toplam Puan Korelasyonunun İncelenmesi (n=250)

Hasta Ögenim Gereksinimleri Ölçeği	Madde Toplam Puan Korelasyonu (r)	P
1. Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir?	0.48	0.000
2. Enerjimi/gücümü korumak için ne yapmalıyım?	0.53	0.000
3. İlaçlarımın her biri nasıl etki ediyor?	0.63	0.000
4. Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebilirim?	0.62	0.000
5. Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir problem olursa ne yapmalıyım?	0.60	0.000
6. Evdeki bakımında ne yapmalıyım?	0.55	0.000
7. Hastalığım hakkında ailem ve arkadaşlarımla nasıl konuşabilirim?	0.48	0.000
8. İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmalıyım?	0.63	0.000
9. Ailem hastalığımla baş edebilmek için nerelerden yardım alabilir?	0.50	0.000
10. Hastalığıma bağlı oluşabilecek sorunlar nelerdir?	0.66	0.000
11. Bu hastalık geleceğimi nasıl etkileyecek?	0.65	0.000
12. Ne zaman duş alabilir ya da banyo yapabilirim?	0.62	0.000
13. Hastalığımin belirtileri neler olabilir?	0.64	0.000
14. Ev işlerine/işe ne zaman başlayabilirim?	0.39	0.000
15. Ağrımı nasıl giderebilirim?	0.40	0.000
16. İlaçlarımın her birini ne kadar süre kullanmalıyım?	0.63	0.000
17. Ne kadar süre istirahat etmeliyim?	0.57	0.000
18. İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok karına gibi) almalıyım?	0.65	0.000
19. Tedavimi kim takip edecek?	0.66	0.000
20. Tedavime bağlı oluşabilecek yan etkiler nelerdir?	0.64	0.000
21. Hastalığımin belirtileri ortaya çıktığında ne yapmalıyım?	0.65	0.000
22. Evde acil bir sağlık sorunum olduğunda nereye başvurabilirim?	0.53	0.000
23. Evde yardım için telefonla kimi aramalıyım?	0.63	0.000
24. Hastalığımin nedeni/nedenleri nelerdir?	0.47	0.000
25. Ameliyat yarasının bakımını nasıl yapmalıyım?	0.54	0.000
26. İdrar yapmamla ilgili bir sorunum olursa ne yapmalıyım?	0.20*	0.000

27. Yemeklerimi nasıl (yağsız, tuzsuz gibi) hazırlamalıyım?	0.60	0.000
28. Yemem ve yememem gereken yiyecekler nelerdir?	0.61	0.000
29. Yeterli uyuyamazsam ne yapmalıyım?	0.29	0.000
30. Yapmamam gereken aktiviteler (ağır kaldırmak gibi) nelerdir?	0.54	0.000
31. Acil durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabilirim?	0.53	0.000
32. Yaşam/ölümle ilgili duygularımı kiminle konuşabilirim?	0.24*	0.000
33. Ayaklarıma uygun bakımı nasıl yapmalıyım?	0.22*	0.000
34. Hangi vitaminleri ve ek gıdaları almalıyım?	0.43	0.000
35. Hastalığıma ilişkin duygularıyla baş etmek için nereden yardım alabilirim?	0.60	0.000
36. Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim?	0.29	0.000
37. İlaçlarımın her birini niçin kullanmam gerekiyor?	0.65	0.000
38. Hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önlemeliyim?	0.63	0.000
39. İlaçlarımla ilgili olası yan etkiler nelerdir?	0.61	0.000
40. Stresle nasıl baş edebilirim?	0.55	0.000
41. Klinikten eve nasıl gideceğim?	0.20*	0.000
42. Hastalığımla ilgili duygularımı nasıl tanımlayabilirim?	0.50	0.000
43. Cildimde yara oluşmasını nasıl önlemeliyim?	0.60	0.000
44. İlaçlarımın her birini ne zaman almalıyım?	0.65	0.000
45. İlaçlarımı nereden/nasıl temin edebilirim?	0.20*	0.000
46. Stresten nasıl uzak durabilirim?	0.55	0.000
47. Tedavimin amaçları nelerdir?	0.66	0.000
48. Yapmam gereken hareketler nelerdir?	0.50	0.000
49. Cildimde kızarıklık oluşmasını nasıl önlemeliyim?	0.59	0.000
50. Bu hastalık yaşamımı nasıl etkileyecek?	0.57	0.000

*Korelasyon katsayısının (r) <0.25 olduğunu göstermektedir.

Tablo 9’da yer alan HÖGÖ’nin madde-toplam puan korelasyonlarının en düşük 0.20 ile en yüksek 0.66 arasında değiştiği görülmektedir. Ölçek madde-toplam puan korelasyon katsayılarının 0.25 altında kalan maddelere bakıldığında 26, 41 ve 45. maddelerde 0.20, 33. maddede 0.22 ve 32. maddede 0.24, olduğu bulunmuştur. Ölçek maddelerinin tümü için madde silindiğinde cronbach alfa değerinin değişmediği (toplam ölçek $\alpha=0.93$) ve 0.93 değer aldığı saptanmıştır.

HÖGÖ'nin alt ölçek madde puanları ile alt ölçek toplam puanları arasındaki korelasyonlar değerlendirilmiş ve değerlendirme sonuçları Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. HÖGÖ'nin Alt Ölçek Madde Puanları ile Alt Ölçek Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonun İncelenmesi (n=250)

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği			
Alt Ölçek Boyutları	Maddeler	r	p
İlaçlar	3.İlaçlarımın her biri nasıl etki ediyor?	0.87	0.000
	8.İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmalıyım?	0.83	0.000
	16.İlaçlarımın her birini ne kadar süre kullanmalıyım?	0.84	0.000
	18.İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok karına gibi) almalıyım?	0.86	0.000
	37.İlaçlarımın her birini niçin kullanmam gerekiyor?	0.88	0.000
	39.İlaçlarımla ilgili olası yan etkiler nelerdir?	0.82	0.000
	44.İlaçlarımın her birini ne zaman almalıyım?	0.87	0.000
	45. İlaçlarımı nereden/nasıl temin edebilirim?	0.30	0.000
Yaşam Aktiviteleri	2.Enerjimi/gücümü korumak için ne yapmalıyım?	0.68	0.000
	5.Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir problem olursa ne yapmalıyım?	0.66	0.000
	14.Ev işlerini yapmaya ne zaman başlayabilirim?	0.66	0.000
	17.Ne kadar süre istirahat etmeliyim?	0.79	0.000
	27.Yemeklerimi nasıl (yağsız, tuzsuz gibi) hazırlamalıyım?	0.65	0.000
	28.Yemem ve yememem gereken yiyecekler nelerdir?	0.69	0.000
	29.Yeterli uyuyamazsam ne yapmalıyım?	0.55	0.000
	30.Yapmamam gereken aktiviteler (ağır kaldırmak gibi) nelerdir?	0.70	0.000
48.Yapmam gereken hareketler nelerdir?	0.65	0.000	
Toplum ve İzlem	6.Evdeki bakımımnda ne yapmalıyım?	0.59	0.000
	9.Ailem hastalığımla baş edebilmek için nerelerden yardım alabilir?	0.52	0.000
	22.Evde acil bir sağlık sorunum olduğunda nereye başvurabilirim?	0.70	0.000
	31.Acil durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabilirim?	0.67	0.000
	36.Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim?	0.51	0.000
	41. Klinikten eve nasıl gideceğim?	0.54	0.000

Duruma İlişkin Duygular	7.Hastalığım hakkında ailem ve arkadaşarımla nasıl konuşabilirim?	0.70	0.000
	24.Hastalığımın nedeni/nedenleri nelerdir?	0.48	0.000
	32.Yaşam/ölümle ilgili duygularımı kiminle konuşabilirim?	0.60	0.000
	35.Hastalığıma ilişkin duygularıyla baş etmek için nereden yardım alabilirim?	0.81	0.000
	42.Hastalığımla ilgili duygularımı nasıl tanımlayabilirim?	0.72	0.000
Tedavi ve Komplikasyonlar	1.Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir?	0.60	0.000
	4.Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebilirim?	0.74	0.000
	10.Hastalığıma bağlı oluşabilecek sorunlar nelerdir?	0.77	0.000
	19.Tedavimi kim takip edecek?	0.74	0.000
	20.Tedavime bağlı oluşabilecek yan etkiler nelerdir?	0.72	0.000
	23.Evde yardım için telefonla kimi aramalıyım?	0.73	0.000
	26. İdrar yapmamla ilgili bir sorunum olursa ne yapmalıyım?	0.43	0.000
	38.Hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önlemeliyim?	0.72	0.000
Yaşam Kalitesinin Arttırılması	47.Tedavimin amaçları nelerdir?	0.74	0.000
	11.Bu hastalık geleceğimi nasıl etkileyecek?	0.74	0.000
	13.Hastalığımın belirtileri neler olabilir?	0.67	0.000
	15.Ağrımı nasıl giderebilirim?	0.44	0.000
	21.Hastalığımın belirtileri ortaya çıktığında ne yapmalıyım?	0.69	0.000
	34.Hangi vitaminleri ve ek gıdaları almalıyım?	0.53	0.000
	40.Stresle nasıl baş edebilirim?	0.77	0.000
	46.Stresten nasıl uzak durabilirim?	0.77	0.000
Cilt Bakımı	50.Bu hastalık yaşamımı nasıl etkileyecek?	0.68	0.000
	12.Ne zaman duş alabilir ya da banyo yapabilirim?	0.70	0.000
	25.Ameliyat yarasının bakımını nasıl yapmalıyım?	0.73	0.000
	33. Ayaklarıma uygun bakımı nasıl yapmalıyım?	0.45	
	43.Cildimde yara oluşmasını nasıl önlemeliyim?	0.83	0.000
49.Cildimde kızarıklık oluşmasını nasıl önlemeliyim?	0.84	0.000	

Tablo 10’da görüldüğü gibi, HÖGÖ’nin, alt ölçeklerinin madde-toplam puan korelasyonlarının “İlaçlar” alt ölçeğinde 0.30 ile 0.88, “Yaşam Aktiviteleri” alt ölçeğinde 0.55 ile 0.79, “Toplum ve İzlem” alt ölçeğinde 0.51 ile 0.70, “Duruma İlişkin Duygular” alt ölçeğinde 0.48 ile 0.81, “Tedavi ve Komplikasyonlar” alt ölçeğinde 0.43 ile 0.77, “Yaşam Kalitesi” alt ölçeğinde 0.44 ile 0.77, “Cilt Bakımı” alt ölçeğinde ise 0.45 ile 0.84 arasında değiştiği ve tüm alt ölçeklerin korelasyon katsayılarının istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı

olduğu bulunmuştur (p=0.000).

HÖGÖ'nin alt ölçek toplam puanları ile ölçek toplam puanları arasındaki korelasyonları değerlendirilmiş ve değerlendirme sonuçları Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. HÖGÖ'nin Ölçek Toplam Puanı ile Alt Ölçek Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonun İncelenmesi (n=250)

Alt Ölçekler	r	p
İlaçlar	0.74	0.000
Yaşam Aktiviteleri	0.75	0.000
Toplum ve İzlem	0.71	0.000
Duruma İlişkin Duygular	0.64	0.000
Tedavi ve Komplikasyonlar	0.81	0.000
Yaşam Kalitesi	0.82	0.000
Cilt Bakımı	0.70	0.000

Tablo 12'de görüldüğü gibi, HÖGÖ'nin her bir alt ölçeğın toplam puanı ile ölçek toplam puanı arasındaki korelasyon katsayılarının sırayla, “**İlaçlar**” alt ölçeğinde 0.74, “**Yaşam Aktiviteleri**” alt ölçeğinde 0.75, “**Toplum ve İzlem**” alt ölçeğinde 0.71, “**Duruma İlişkin Duygular**” alt ölçeğinde 0.64, “**Tedavi ve Komplikasyonlar**” alt ölçeğinde 0.81, “**Yaşam Kalitesi**” alt ölçeğinde 0.82, “**Cilt Bakımı**” alt ölçeğinde ise 0.70 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerin tümünün korelasyon katsayıları istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (p=0.000).

4.1.4. HÖGÖ'nin İç Ölçüt Geçerliğinin İncelenmesi

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinin iç ölçüt geçerliğini değerlendirmek amacıyla araştırmaya katılan hastaların ölçek maddelerine verdikleri puanlar en yüksekten en düşüğe doğru sıralanmıştır. Dağılımın %27 alt ve %27 üst grup puan ortalamaları arasındaki fark t testi (bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi) ile analiz edilmiştir. İç ölçüt geçerliği analiz sonuçları Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12: HÖGÖ'nin İç Ölçüt Geçerliğinin İncelenmesi (n=250)

Grup	N	X ± Sd	t	p
Alt Grup	68	170.6 ± 10.2		
Üst Grup	68	211.8 ± 7.5		

Tablo 12'de görüldüğü gibi HÖGÖ'nin üst gruptaki puan ortalamaları ile alt gruptaki puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır (t=25.025, p=0.000). HÖGÖ'nin iç ölçüt geçerliğinin sağlandığı görülmektedir.

BÖLÜM V

TARTIŞMA

5.1. HÖGÖ Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi

Bu bölümde Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin inceleme sonuçları tartışılmıştır.

5.1.1. HÖGÖ'nin Dil Geçerliğinin İncelenmesi

HÖGÖ'nin geçerlik çalışması için ilk olarak dil geçerliği değerlendirilmiştir. Ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye her iki dili bilen iki İngilizce dili okutmanı ve konunun uzmanı iki kişi olmak üzere dört kişi tarafından yapılmıştır. Uygun ifadelerin seçilmesi sonrası oluşturulan ölçeğin Türkçe'den İngilizce'ye geri çevirisi, ölçeğin İngilizce halini görmeyen her iki iyi bilen, ana dili Türkçe olan iki İngilizce okutmanı ve iki konunun uzmanı kişi tarafından yapılmıştır. Dil uyarlamasındaki en önemli nokta; çevirmenlerin seçimi ve çeviri tekniğidir (53,55). Çevirmenlerin ölçek yapılarında uzman, ölçeğin nasıl kullanılacağını bilen ve araştırmanın metodolojik bölümünü yorumlayabilecek özelliklere sahip olması koşulu dikkate alınarak Türk Tabipler Birliği İzmir Şubesinin çevirmeni, bir aile hekimi, iki hemşirelik uzmanına, dört profesyonel tercümana, ölçek çevirileri yaptırılmıştır (49,53,55). Ölçeğin dil geçerlik ölçütü sağlanmıştır.

5.1.2. HÖGÖ'nin İçerik Geçerliğinin İncelenmesi

İçerik geçerliğinde ölçek maddelerinin uygulanabilir ve anlaşılır olması konusunda uzman görüşü değerlendirilmeleri kullanılmıştır. Ölçek maddelerinin anlamını etkilemeden kültürel olarak anlaşılabilirliğini sağlamak için uzman önerilerine göre 14. madde "Ev işlerine ne zaman başlamalıyım?" yerine "Ev işlerine/işe ne zaman başlayabilirim?" şeklinde uygulanmıştır. Çalışan hastalar için işe başlama zamanı hastaların taburculuktan önce önemli bilgi gereksinim alanlarından birisidir (20-22,27-29). Uzman önerilerinde ölçeğin 24 maddesindeki "Yaşam/ölümle ilgili duygularımı kiminle konuşabilirim?"in önemli bir gereksinim olmasına

karşın kültürümüze ve hastalarımıza uygun olmayacağı vurgulanmıştır. Ölçek 45. maddesinde yer alan “İlaçlarımı nereden temin edebilirim”, uzman önerileri doğrultusunda “İlaçlarımı nereden/nasıl temin edebilirim?” şeklinde değiştirilmiştir. Ayrıca uzmanlar ülkemiz sağlık sistemindeki değişimlerle birlikte farklı seçeneklerin ortadan kalkması nedeniyle “İlaçlarımı nereden/nasıl temin edebilirim?” maddesinin, hastaların gereksinim belirttiği konular içinde olmayacağı, hem sağlık güvencesi olan hem de ücretli hastaların taburculuktan sonra ilaçlarını temin edebileceği tek seçeneğin “eczane” olduğu vurgulanmıştır. Bu maddenin ölçeğin bütünü içinde ve değişen sağlık sisteminde tekrar değerlendirilmesinin yararlı olacağı görüşü yer almış ve madde ölçekte tutulmuştur.

Ölçeğin 36. maddesinde yer alan “Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim?” ifadesine ilişkin olarak uzmanlardan bazıları, ülkemizde cerrahi hastalarının iletişime geçeceği bir derneğin ya da grupların bulunmaması sebebiyle maddenin çıkarılabileceğini savunmuşlardır. Cerrahi hastalarında benzer ameliyat olmuş hastalarla iletişimin sağlanmasının önemli bir gereksinim olduğu ve bu madde yerine kullanılabileceğini bildirmişlerdir. Selçuki, Karadeniz’in çalışmasında (2001), cerrahi servislerinde yatan hastaların %32.43’ü kendileriyle aynı ameliyatı olan hastalarla görüşürdüklerini, %67.57’si görüşürülmediklerini ifade etmişlerdir. Görüşürülmeyen hastaların %96.0 gibi büyük bir çoğunluğu bu görüşmenin gerekli ve yararlı olduğunu düşündüklerini, %66.66’sının kendilerini daha iyi hissedeceklerini düşündüklerini belirtmişlerdir (44). Ülkemiz kültürel yapısına uygun olarak benzer cerrahi girişim uygulanan hastaların etkileşimlerinin yüksek olduğu, hastaların buna gereksinim belirtebileceği düşünölmekle beraber ölçek 36. maddesinde yer alan ifadenin tam karşılığı olmadığı, kavramsal eşdeğerliği sağlamayacağı (55,60) ve ölçekte orginal hali ile kalmasının uygun olacağı düşünölmüş ve uzman görüşlerine bu şekilde sunulmuştur.

Uzmanlardan alınan öneriler doğrultusunda ölçek ifadeleri daha anlaşılır hale getirilmiş ve ikinci değerlendirmeler için tekrar uzman görüşüne sunulmuştur. Uzmanların ölçekte yer alan ifadeleri 1 ile 10 arasında puanlandırarak yaptıkları değerlendirmeler sonucunda, uzmanlar arasındaki görüş farklılıkları Kendall İyi Uyuşum Katsayısı (Kendall Coefficient of Concordance) ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu sonuç uzmanların ölçek maddelerindeki ifadelerle ilgili görüş birliği içinde olduğunu

göstermektedir. Gözüm ve Aksayan (2002), uzmanlar arası görüş birliği sağlanmasının, bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin ölçülmek istenen alanı yansıttığını ve içerik geçerliğinin sağladığını belirtmektedirler (60). Bu görüşe dayalı olarak bu maddelerin çıkarılmadan, istatistiksel olarak da değerlendirilmeye alınmasına karar verilmiştir.

5.1.3. HÖGÖ'nin Güvenirlik Analizlerinin İncelenmesi

HÖGÖ'nin güvenirliliğinin değerlendirilmesi amacıyla ölçek ve alt ölçekler için tanımlayıcı olarak ortalama değer, standart sapma, ortanca değer, en düşük ve en yüksek değerler incelenmiştir. HÖGÖ güvenirlilik çalışmalarına yönelik iç tutarlık değerlendirmesi amacıyla cronbach alfa güvenirlilik katsayısı ve madde-toplam puan korelasyon tekniği kullanılmıştır.

5.1.3.1. HÖGÖ'nin Tanımlayıcı Özelliklerinin İncelenmesi

HÖGÖ ve alt ölçeklerinin toplam ölçek için madde puan ortalamasının 190.81 ± 17.05 alt ölçeklerin 17.31 ± 2.65 ile 35.54 ± 3.89 arasında olduğu görülmektedir. HÖGÖ'nin ve alt ölçeklerin toplamlarının önem düzeyine göre ortalaması üzerinden değerlendirildiğinde 3.50 üzerindedir ve “çok uygun” değerlendirmesine oldukça yakın olduğu görülmektedir. (Tablo 7). Bu sonuç hastaların öğrenim gereksinimlerini göstermesi bakımından ölçeğin geçerliğini yansıtmaya biçiminde yorumlanabilir. Aynı zamanda bu araştırmada ölçek ve alt ölçek için standart hata değerlerinin küçük olması, ölçme aracının güvenirliliğinin bir göstergesidir (38,50,51,64).

5.1.3.2. HÖGÖ'nin İç Tutarlılığının İncelenmesi

İç tutarlık güvenirlilik katsayısı, ölçek güvenirliliğinin yansıtan önemli bir ölçüttür. HÖGÖ'nin iç tutarlık güvenirlilik katsayısının toplam ölçekte 0.93, “İlaçlar” alt ölçeğinde 0.82, “Yaşam Aktiviteleri” alt ölçeğinde 0.83, “Toplum ve İzlem” alt ölçeğinde 0.57, “Duruma İlişkin Duygular” alt ölçeğinde 0.61, “Tedavi ve Komplikasyonlar” alt ölçeğinde 0.79, “Yaşam Kalitesi” alt ölçeğinde 0.80, “Cilt Bakımı” alt ölçeğinde ise 0.65 olduğu saptanmıştır (Tablo 8).

HÖGÖ toplam 50 madde için cronbach alfa değerlendirildiğinde, ölçek yüksek düzeyde güvenilirdir. Alt ölçeklere bakıldığında cronbach alfa; İlaçlar, Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi alt ölçeğinde de “yüksek düzeyde” iç tutarlık göstermiştir. Duruma İlişkin Duygular, Tedavi ve Komplikasyonlar ve Cilt Bakımı alt ölçeğinde “oldukça güvenilir” iken sadece “Toplum ve İzlem” alt ölçeğinde ise 0.57 ile “düşük düzeyde” tutarlık gösterdiği ancak bu değer 0.60 oldukça güvenilir kabul edilme sınırına çok yakın olduğu görülmektedir. Cronbach alfa katsayısı istatistik temelleri tutarlı ve tüm maddeler dikkate alınarak hesaplandığından güvenilirlik yapısını diğer katsayılara göre en iyi yansıtan katsayıdır. Cronbach alfa katsayısının varsayımları, “Her madde toplam skorun bir doğrusal bileşeni olmalıdır.” ve “Ölçekte toplanabilirlik özelliğinin bulunması gerekir.” biçimindedir (52) ve çalışma sonuçları ölçek ve alt ölçekler için bu varsayımları doğrulamaktadır. Diğer bir deyişle ölçeğin ve alt ölçeklerin ölçmek istediği özellik alanlarının homojen olduğunun ve iç tutarlığının sağlandığının kanıtıdır (52,56,57,60).

Bubela, Galloway, McCay ve arkadaşları tarafından (1990) geliştirilen, geçerlik ve güvenilirliği test edilen orginal ölçek toplamı için cronbach alfa değeri 0.95'tir. Orginal ölçek (HÖGÖ Uzun Versiyon-50 madde) kullanılarak yapılan çalışma sonuçları Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13. Orjinal HÖGÖ'nin Uzun Versiyon (50 Madde) Kullanılarak Yapılan Araştırma Sonuçlarından Elde Edilen Cronbach Alfa Değerleri

HÖGÖ Uzun Versiyon (50 Madde) Kullanılarak Yapılan Çalışmalar ve Sonuçları			
Çalışmanın Adı	Çalışmayı Yürüten Kişi ve Çalışma Yılı	Toplam Ölçek Cronbach Alfa Değeri	Alt Ölçek Cronbach Alfa Değerleri
Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik (19)	Bubela and et al.- 1990	0.95	0.69-0.88
Hastaneden Taburculukta Korner Arter Bypass Cerrahisi Geçiren Hastaların Bilgi Gereksinimleri: Genç ve Yaşlı Hastalar arasında Bir Karşılaştırma (27)	Chesnick, 1992	Genç: 0.98 Yaşlı: 0.95	0.75-0.88 0.61-0.81
Kolon Kanseri Cerrahisi Sonrası Belirsizlik, Semptom Distresi ve Bilgi Gereksinimleri (28)	Galloway, Graydon, 1996	0.96	0.51-0.94
Koroner Arter Bypass Cerrahisi Geçiren Kadın ve Erkek Hastaların Hastaneden Taburculuğundaki Bilgi Gereksinimleri: Bir Pilot Çalışma (29)	Jickling, Graydon, 1997	0.95	0.62-0.81
Kronik Ağrı Çeken Hastaların Algıladıkları Kişisel Fayda ve Öğrenme Gereksinimleri (30)	Hynes, 1997	0.94	0.68-0.92
Cerrahi Hastaların Taburculuğu Takiben Bilgi Gereksinimleri (22)	Jacobs, 2000	0.89	0.75-0.94

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlandığı bu çalışmadaki toplam ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir sonucu orginal ölçek sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Tablo 14'te yer alan çalışmalardaki cronbach alfa değerleri bu çalışmanın toplam ölçek ve alt ölçek değerleri ile de benzer niteliktedir. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği sonuçlarındaki benzerlik, ölçeğin farklı kültürlerde ve farklı cerrahi prosedürlerde hastaların taburculuktaki bilgi gereksinimlerini ölçmede yüksek düzeyde güvenilirliğe sahip olduğu şeklinde yorumlanabilir.

5.1.3.3. HÖGÖ'nin Madde Analizlerinin İncelenmesi

Bir ölçeğin iç tutarlığını gösteren diğer bir yöntem ise madde analizleridir. Bu çalışmada ilk olarak HÖGÖ'nin 50 madde üzerinden madde-toplam puan korelasyonları ve madde silindiğinde cronbach alfa katsayıları hesaplanmıştır.

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin madde-toplam puan korelasyon katsayılarının en düşük 0.20 ile en yüksek 0.66 arasında değiştiği görülmektedir (Tablo 9). Ölçeğin tüm maddelerinde madde-toplam puan korelasyon katsayılarının 0.20 üzerinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p=0.000$) saptanmıştır. Bu sonuç ölçekte yer alan 50 maddenin birbiri ile tutarlı olduğunu göstermektedir.

Özdamar (2004) madde-toplam puan korelasyonlarının negatif olmaması ve hatta 0.25 değerinden büyük olması gerektiğini, düşük korelasyon gösteren maddelerin ölçme aracından çıkarılabileceğinin önerilmesine rağmen bunun kesin kural olmadığını belirtmektedir (52). Ayrıca bir maddenin ölçekten çıkarılması için; madde silinirse alfa katsayısındaki (alpha if item deleted) değişime ve madde silinirse ortalamadaki (scale mean if item deleted) değişime bakarak karar verilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

HÖGÖ'nin madde-toplam puan korelasyon katsayılarının 0.25 altında kalan 26, 41 ve 45. maddelerde 0.20, 33. maddede 0.22 ve 32. maddede 0.24 olduğu görülmektedir. Her bir maddenin dışarıda bırakılması esasına dayanarak hesaplanan cronbach alpha güvenilirlik katsayısı değerlendirildiğinde 0.92 değer aldığı ve tüm maddelerde değişmediği bulunmuştur. Bu sonuç güvenilirliği değiştirmeyen bu maddelerin ölçeği destekleyen maddeler olduğunu ve ölçekten

çıkarılmaması gerektiğini göstermesi açısından önemlidir (52). Ayrıca uygulamada madde-toplam puan korelasyonlarının pozitif yönde en az 0.20 olarak kabul edilebilir olduğu bilinmektedir (60).

Madde-toplam puan korelasyonları katsayılarının 0.25'in altında kalan ölçek maddelerine bakıldığında; 41. maddede "Klinikten eve nasıl gideceğim?", 45. maddede "İlaçlarımı nereden alabilirim?", "Yaşam/ölümle ilgili duygularımı kiminle konuşabilirim?", 26. maddede "İdrar yapmamla ilgili bir sorunum olursa ne yapmalıyım?", 33. maddede "Ayaklarıma uygun bakımı nasıl yapmalıyım?" ifadelerinin yer aldığı görülmektedir. Madde silindiğinde cronbach alfa değeri beş madde de 0.93 olarak aynı kalmaktadır (toplam ölçek $\alpha=0,93$) ve madde silindiğinde ortalamadaki değişimler önemsenmeyecek kadar küçüktür. Madde silindiğinde alfa katsayısında yükselme olmaması, bu maddelerin güvenilirliği azaltan ve homojeniteyi bozan maddeler olmamasını göstermesi açısından da önemli bir sonuçtur (51).

Ölçeğin 26. maddesinde "İdrar yapmamla ilgili bir sorunum olursa ne yapmalıyım?" ifadesi ile ilgili olarak hastaların farklı uçta yanıtlar verdiği görülmektedir. İdrar sorunu yaşamayan grup ile, post-operatif süreçte ya da öncesinden mevcut idrar yapma sorunu olan hastaların bilgi gereksinimleri arasındaki farklılığın madde korelasyonunu etkilediği düşünülebilir.

"Yaşam/ölümle ilgili duygularımı kiminle konuşabilirim?" ifadesinin yer aldığı 32. maddede ise örneklem grubunun kültürel yapımız dikkate alındığında inanç durumu ve ölüme yaklaşımı ile ilgili farklı bilgi gereksinimi puanlarının olması açıklanabilir niteliktedir. Ölümle ilgili duygulara ilişkin kültürel engeller nedeniyle konuşmanın çok güç olması ve hastalık sürecinde dile getirilmemesi gereksinim belirtmede farklılık göstermiştir. Hastalık sürecinde ölümle ilgili konuşmaktan özellikle kaçınılması, hastaların bu soruya verdiği yanıtı etkilediği düşünülmektedir.

"Ayaklarıma uygun bakımı nasıl yapmalıyım?" ifadesinin yer aldığı 33. maddede cerrahinin belli bir grubunun yer aldığı bu çalışmadaki hastaların gereksinimleri dikkate alındığında düşük korelasyonu açıklayabilir. Original ölçekte dahiliye ve cerrahi hastalarının heterojen olması nedeniyle, dahiliye hastalarının diyabet ve diyabetin eşlik ettiği hasta grubunun

çoğunlukta olabileceği olasılığının olması nedeniyle ayak bakımına ilişkin bilgiye gereksinim duyulduğu, cerrahi grupta spesifik olarak ayaklarında mantar enfeksiyonu vb. şikayeti olmayan hastalarda gereksinimin olmayacağı ve mevcut hastalığı ile ilişkisini uzak bulması şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca ölçeğin içerik geçerliğinin değerlendirmesinde ölçek ifadesi ile ilgili uzmanlardan bazılarının görüşlerini de bu doğrultudadır.

Ölçeğin 41. maddesinde yer alan “Klinikten eve nasıl gideceğim?” ifadesi ile ilgili olarak hastaların farklı uçta yanıtlar verdiği görülmektedir. Bazı hastaların hastanenin yakın çevresinde ikamet etmesi, kurum tarafından nakil için sağlanan rutin bir uygulama olanağının olmaması nedeniyle bilgi gereksinim puanlarının düşük olması yanında, il dışından çeşitli bölgelerden hastaneye başvuran hastalarda yüksek puanlarla ifade edilmiş olabileceği düşünülmektedir.

Ölçeğin 45. maddesi “İlaçlarımı nereden/nasıl alabilirim?” ifadesinin ülkemiz sağlık sistemi göz önüne alındığında ve görüşmelerdeki hasta yanıtları sonucunda tek bir seçenek –eczane- olması nedeniyle bu bilgiye duydukları gereksinimin az olması korelasyondaki düşük değer için açıklayıcı olabilir. Ölçeğin içerik geçerliğinin değerlendirmesinde uzmanlardan bazıları “Eczaneden başka bir seçenek var mı?” şeklinde ölçek maddesi ile ilgili görüşlerini bildirmişlerdir. Ayrıca uzman görüşleri doğrultusunda “İlaçlarımı nereden alabilirim?” yerine “İlaçlarımı **nereden/nasıl** alabilirim?” şeklinde uygulanan bu maddenin “nereden” ve “nasıl” olarak iki ayrı soru kökünün içermesi nedeniyle hastalar tarafından yeterince anlaşılmadığını, karışıklığa neden olduğunu da düşündürebilir.

HÖGÖ'nin alt ölçeklerinin madde-toplam puan korelasyonlarının “**İlaçlar**” alt ölçeğinde 0.30 ile 0.88, “**Yaşam Aktiviteleri**” alt ölçeğinde 0.55 ile 0.79, “**Toplum ve İzlem**” alt ölçeğinde 0.51 ile 0.70, “**Duruma İlişkin Duygular**” alt ölçeğinde 0.48 ile 0.81, “**Tedavi ve Komplikasyonlar**” alt ölçeğinde 0.43 ile 0.77, “**Yaşam Kalitesi**” alt ölçeğinde 0.44 ile 0.77, “**Cilt Bakımı**” alt ölçeğinde ise 0.45 ile 0.84 arasında değiştiği (Tablo 10) ve tüm alt ölçeklerin korelasyon katsayılarının istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0.000). Tüm alt ölçeklerde 0.25 üzerinde düşük, orta ve ileri düzeyde korelasyon göstermesi, her bir alt ölçeğin kendi içinde benzer özellikleri ölçtüğü şeklinde yorumlanabilir.

HÖGÖ'nin her bir alt ölçek toplam puanı ile ölçek toplam puanı arasındaki korelasyonu “İlaçlar” alt ölçeği için 0.74, “Yaşam Aktiviteleri” alt ölçeği için 0.75, “Toplum ve İzlem” alt ölçeği için 0.71, “Duruma İlişkin Duygular” alt ölçeği için 0.64, “Tedavi ve Komplikasyonlar” alt ölçeği için 0.81, “Yaşam Kalitesi” alt ölçeği için 0.82, “Cilt Bakımı” alt ölçeği için ise 0.70 olarak bulunmuştur (Tablo 11) ve tüm alt ölçeklerin korelasyon katsayıları istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($p=0.000$). Alt ölçek toplam puanları ile ölçek toplam puanları arasında orta ve ileri düzeyde korelasyon göstermesi sonucu, alt ölçeklerin toplam ölçekle tutarlı şekilde aynı özelliği ölçtüğü söylenebilir.

Madde-toplam puan korelasyonunda maddeler arası ilişki ne kadar yüksekse, ölçeğin o ölçüde tek boyutluluğunu, yani maddelerin aynı özelliği ölçtüğünü ve bir arada toplanabilirliğini gösterir (56). HÖGÖ'nin yapılan madde analizi sonuçlarında korelasyon değerlerinin kabul edilebilir sınır üzerinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olması ölçeğin iç tutarlığının sağlandığını göstermektedir ve bu sonuç ölçeğin cerrahi hastaların taburculuktaki bilgi gereksinimlerini belirlemede kullanılabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Bubela, Galloway, McCay ve arkadaşları'nın çalışmasında orjinal ölçeğin alt ölçeklerinin toplam puanla korelasyonu 0.69-0.85 arasında bulunmuştur (19). HÖGÖ'nin her bir alt ölçek toplam puanı ile ölçek toplam puanı arasındaki uyumu değerlendirmede, korelasyon katsayılarının 0.65 ile 0.84 arasında değerler aldığı ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu görülmektedir. Bu sonuç; orjinal ölçek korelasyon değerleriyle benzer nitelik taşıdığını göstermesi açısından önemlidir.

Özetle bu çalışmada madde analizleri sonucu; ölçeğin her bir maddesinin madde-toplam puan korelasyonları arasında, alt ölçekte yer alan maddeler ile alt ölçek toplam puanları arasında, alt ölçek toplam puanları ile ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Bu sonuç; Türkçe'ye uyarlanan Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin iç tutarlık değerlendirmelerinde, ölçek ve alt ölçek cronbach alpha güvenilirlik katsayı sonuçlarıyla birlikte 50 maddenin cerrahi hastaların taburculuktaki bilgi gereksinimleri olarak aynı özelliği ölçtüğü ve “güvenilir bir ölçüm aracı” olarak değerlendirilebileceği şeklinde yorumlanabilir. Ancak 26, 32, 33, 41 ve 45. maddelerin diğer

ölçek maddelerine göre düşük korelasyon sonucunun sınanarak, yapılacak çalışmalarda bu ölçek maddelerinin dahili ve cerrahi hastalar için incelenmesi yararlı olacaktır.

5.1.4. HÖGÖ'nin İç Ölçüt Geçerliğinin İncelenmesi

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nden alınan puanların hastaların bilgi gereksinimleri ve öncelikleri %27 alt ve %27 üst grup puanları arasındaki fark t testi ile analiz edilmiştir. Analiz sonucunda her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($t=26.610$, $p=0.000$) (Tablo 12). Bu sonuç, ölçeğin bilgi gereksinimlerini ve önceliklerini belirlemede üst grupta yer alanların daha fazla, alt gruptakilerin daha az bilgi gereksinimine sahip olduğunu göstermektedir.

Tezbaşaran (1997), bir ölçekten elde edilen puanların ölçülen özellik boyutunda istenen özelliğe sahip olanlarla olmayanların birbirinden ayırt edebilmesi gerektiğini belirtmektedir. Ayırt edilecek grupların da ölçülen tutuma olumlu yönde yüksek düzeyde sahip olanlarla, olumsuz yönde yüksek düzeyde sahip olanlar olduğunu ifade etmiştir. Burada amaç ölçülen tutum boyutunda aşırı uçta bulunan iki grubu belirlemek için bir ölçüt bulmaktır. Bu ölçütlerden biri ölçeğin kendi puanlarıdır ve iç ölçüt olarak adlandırılmaktadır (51). Ölçeğin kendi puanlarından elde edilen ve ölçülen tutum açısından alt ve üst grupların puanını karşılaştıran iç ölçüt geçerliğinde; her iki grup arasında fark olması beklenmektedir ve bu çalışmada HÖGÖ'nin iç ölçüt geçerliğinin sağlandığı, hastaların taburculukta bilgiye yüksek düzeyde gereksinimi olanlarla düşük düzeyde gereksinimi olanları ölçeği ayırt ettiği söylenebilir. Bununla beraber "iç ölçüt geçerliğinin" ölçek geçerlik-güvenirlik ve uyarılma çalışmalarında güçlü bir ölçüt olmadığı biçiminde görüşlerin olması unutulmamalı ve göz önünde bulundurulmalıdır.

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliğini sınamak amacıyla yapılan uyarlama çalışmalarının geçerlik ve güvenilirlik analizleri sonucunda;

- ▼ Türkçe'ye çevrilen ölçeğin dil açısından orjinal ölçek İngilizce formundan farklılık göstermediği ve hastaların taburculuktaki bilgi gereksinimini belirlemede eşdeğer olduğu sonucuna varılmıştır.
- ▼ Bağımsız gözlemciler arasında uyum güvenilirlik ölçütü ile Türkçe'ye uyarlanan ölçek maddelerinin analizi sonucunda uzmanlar arasında görüş farklılığı olmadığı bulunmuştur. Uzmanların ölçek maddelerindeki ifadelerin anlaşılır ve uygulanabilir olması konusunda görüş birliği içinde olduğunu ve içerik geçerliğinin sağlandığını göstermiştir.
- ▼ HÖGÖ'nin güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla ölçek ve alt ölçekler için tanımlayıcı istatistikleri incelendikten sonra ölçek ve alt ölçekler için iç tutarlık güvenilirlik analizi yapılmıştır. Bu araştırmada elde edilen bulgularda örneklem grubu için ölçek ve alt ölçek standart hata değerleri küçük bulunmuştur ve bu ölçme aracının güvenilirliğinin bir göstergesidir.
- ▼ Madde analizi ile ölçek madde-toplam puan korelasyonları incelenmiştir. Madde-toplam puan korelasyon katsayılarının 26, 32, 33, 41 ve 45. maddelerde 0.20 ile 0.25'in altında olduğu görülmektedir. Her bir maddenin dışarıda bırakılması esasına dayanarak hesaplanan cronbach alpha değerinin ($\alpha=0.93$) tüm maddelerde değişmediği bulunmuş ve güvenilirliği değiştirmeyen bu maddelerin ölçeği destekleyen maddeler olduğu ve ölçekten çıkarılmaması gerektiği sonucuna varılmıştır.
- ▼ Ölçeğin iç tutarlığının değerlendirilmesinde ilk olarak cronbach alfa güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır. Ölçeğin toplamı için oldukça iyi düzeyde iç tutarlığa sahip olduğu

saptanmıştır (cronbach $\alpha=0.93$). Ölçek alt ölçeklerinin iç tutarlık güvenilirlik katsayısı kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur (cronbach $\alpha=0.57-0.83$). İkinci olarak madde-toplam puan korelasyonları incelenmiştir. Madde analizleri sonucu; ölçeğin her bir maddesinin madde-toplam puan korelasyonları arasında, alt ölçekte yer alan maddeler ile alt ölçek toplam puanları arasında, alt ölçek toplam puanları ile ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı korelasyon gösterdiği saptanmıştır ($p=0.000$).

- ▼ Ölçeğin iç ölçüt geçerliğinin değerlendirilmesinde alt ve üst grup puan ortalamaları arasındaki farkın t testi ile analizi sonucunda, istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($t=25.025$, $p=0.000$) ve iç ölçüt geçerliği sağlanmıştır.

Sonuç olarak, Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de cerrahi hastalarının taburculuktaki bilgi gereksinimlerini incelemeye geçerli ve güvenilir olarak kullanılabilceği sonucuna varılmıştır.

6.2. Öneriler

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması amacıyla yapılan bu çalışma sonuçlarına göre;

- Ø Türkçe'ye çevrilerek geçerlik ve güvenilirliği sınanan Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin daha rafine olması için, daha geniş kapsamlı popülasyonları temsil eden dahili ve cerrahi hastalarından oluşan heterojen örneklemelere uygulanması ve değişmezliğinin araştırılması,
- Ø Cerrahi hastalarında genel (göğüs kalp damar cerrahisi, genel cerrahi, göz, üroloji gibi) ve özel (koroner arter bypass gibi) homojen gruplarda tekrar test edilerek sürekli kullanıma olanak sağlaması,
- Ø Ölçek maddelerinden 26, 32, 33, 41 ve 45. maddelerin toplam ölçek korelasyonlarının dahiliye ve cerrahi hastaları için incelenmesi,
- Ø Hastaların cerrahi sonrası taburculukta bilgi gereksinimlerinin ve önceliklerinin belirlenmesi amacıyla kullanılması,
- Ø Çalışma sonuçlarının taburculuk planlanmasında ve taburculuk eğitimi içerisinde yer alması ve hastaların öncelik verdiği bilgi gereksinimlerinin karşılanarak hasta bakım sonuçlarına yansıtılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

1. Williams L.S. "Nursing Care of Patients Having Surgery. Ed: Williams L.S, Hopper P.D. Understanding Medical Surgical Nursing. Second Edition, F.A.Davis Company, Philadelphia, 2003:145-173.
2. Marek J.F, Boehnlein M.J. "Preoperative Nursing, Intraoperative Nursing. Preoperative Nursing. Ed: Phipps W.J, Sands J.K, Marek J.F. Medical Surgical Nursing "Concepts & Clinical Practice" Sixth Edition. Mosby A Harcourt Health Sciences Company, USA, 1999: 469-568.
3. Erdil F, Özhan Elbaş N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, 4.Baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara, 2001.
4. Öz F. Hastalık yaşantısında belirsizlik, Türk Psikiyatri Dergisi, 2001; 12 (1): 61-68.
5. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj İç ve Dış Tic. A.Ş. Ankara, 2004; 76-82, 114-131.
6. Lazarus R.S, Folkman S. Transactional theory and research on emotions and coping. European Journal of Personality, 1987; 1: 141-169.
7. Birol L. Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşımlar, 4. Baskı, Bozyaka Matbaacılık, İzmir, 2000.
8. Lazarus R.S. Emotions and interpersonal relations: toward a person-center conceptualization of emotions and coping. Journal of Personality, 2006 ; 74(1): 9-46.
9. Averill J.R. Personal control over aversive stimuli and relationship to stress. Psychological Bull. 1973; 80: 286-303.

10. Karadağ M. Ayaktan Cerrahi Uygulamalarında Hasta Eğitimi. Ulusal Cerrahi Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, Türk Cerrahi Derneği, İzmir, 1998.
11. Seyrekbaşı N. Yavuz M. Günöbirlik cerrahi olan hasta ve hasta yakınlarının endişeleri. Ulusal Cerrahi Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, Türk Cerrahi Derneği, Antalya, 2006.
12. Victoria Mc. GS. "Surgical Patient". Ed: Potter A.P, Perry A.G. Basic Nursing Theory and Practice.Third Edition, St. Louis Baltimore, 1995: 1078-1089.
13. Rigolosi E.L.M. Management and Leadership in Nursing and Health Care. an experimental approach. Springer Publishing Company, 2 nd Edition, New York, 2005; 66-78.
14. Kılıç, S. Cerrahi hastasının ameliyat öncesi dönemde hemşirelik bakımına ilişkin beklentileri. Hemşirelik Bülteni, 1993; 7(30): 111-122.
15. Güvenç M, Kanan N. Cerrahi hastalarının hemşirelerden ve öğrenci hemşirelerden beklentileri. Hemşirelik Bülteni, 1993; 7(30): 83-95.
16. Bayraktar N, Bulut H.D, Ameliyathanede ameliyat öncesi bekleyen hastaların gereksinimleri. Hemşirelik Forumu Dergisi, 2000; 3 (6): 34-38.
17. Erdil F, Elbaş N.Ö, Bayraktar N, Sevilay S.Ş, Ünlü H. Hasta yakınlarının ameliyat öncesi döneme ilişkin bilgi gereksinimleri ameliyat beklerken yaşadıkları duyguları ve ameliyathane bekleme salonuna ilişkin görüşleri. Hemşirelik Forumu Dergisi, 2000; 3 (6):1-5.
18. Kitz D.S, Robinson D.M, Schiavone P.A, Walsh P.R, Conahan T.J. Discharging outpatients, Factors nurses consider to determine readiness. AORN J. 1988; 48(1): 87-91.
19. ^aBubela N, Galloway S, McCay E, McKibbon A, Nagle L, Pringle D, Ross E, Shamian J.. The patient learning needs scale: reliability and validity. Journal Advanced Nursing,

1990;15: 1181-1187.

20. ^bBubela N, Galloway S, McCay E, McKibbon A, Nagle L, Pringle D, Ross E, Shamian J. Factors influencing patient's informational needs at time of hospital discharge. *Patient Education and Counseling*, 1990; 16(1):21-28.
21. Carew D. Discharge information needs of outpatient cardiac catheterization patients. Degree of Master of Science, Graduate Department of Nursing Science, in the University of Toronto, 1999.
22. Jacobs, V. Informational needs of surgical patients following discharge. *Applied Nursing Research*, 2000; 13(1): 12-18.
23. Henderson A, Chien W.T. Information needs of Hong Kong Chinese patients undergoing surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 2004;13: 960-966.
24. Suhonen R, Nononen H, Laukka A, Valimaki M. Patient's informational needs and informational received do not correspond in hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 2005; 14(10): 1167.
25. Özcan A. Hastanede yatan hastaların durumlarına ilişkin bilgi istedikleri alanların saptanması ve hastaya verilecek bilgiler konusunda hemşire ve hasta görüşlerinin karşılaştırılması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doktora Tezi, Ankara, 1977.
26. Birol L, Akdemir N, Bedük T, Fesci H, Şen S, Yurtsever S. Taburcu olan hastaların durumlarına ilişkin bilgi düzeylerinin ve hemşirelerin hasta eğitiminde karşılaştıkları güçlüklerin saptanması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1997; 4 (2): 28-32 .
27. Chesnick K.E. Information needs of coronary arterybypass surgerypatients at

- hospitaldischarge: a comparison between older and younger patients. Degree of Master of Science, Graduate Department of Nursing, in the University of Toronto, 1992.
28. Galloway S.C, Graydon J.E. Uncertainty, symptom distress, and information needs after surgery for cancer of the colon. *Cancer Nursing*, 1996; 19(2): 112-7.
 29. Jickling J.L, Graydon J.E. The information needs at time of hospital discharge of male and female patients who have undergone coronary artery bypass grafting: a pilot study. *Heart & Lung*, 1997; 26: 350-357.
 30. Merkley J.M. Stres, uncertainly and information needs in family caregivers of severly head-injured adults before final discharge from rehabilitation settings. Degree of Master of Science, Graduate Department of Nursing Science, in the University of Toronto, 1997.
 31. Hynes E. Learning needs and perceived self-efficacy of patient with chronic low back pain. Degree of Master of Science, Graduate Department of Nursing Science, in the Memorial University of Newfoundland, 1997.
 32. Rich-vanderBij L.P. The discharge information needs of adults with incisions healing by sekondary intention. Degree of Master of Science, Graduate Department of Nursing, in the University of Toronto, 1999.
 33. Johansson K, Huplı M, Salanterä S. Patients' learning needs after hip arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing*, 2002; 11: 634-639.
 34. McKain S, Henderson A, Kuys S, Drake S, Kerridge L, Ahern K. Exploration of patients' needs for information on arrival at a geriatric and rehabilitation unit. *Journal of Clinical Nursing*, 2005; 14: 704-710.
 35. Bölükbaş N, Türköz Z. Hastanede yatan hastaların hemşirelerden beklentileri. *Ankara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2002; 5(2): 18-28.

36. Sayın Y.Y, Aksoy G. Cerrahi hastası ve yakınlarının karşılanan ve gereksinim duydukları bilgi durumlarının karşılaştırılması. Ulusal Cerrahi Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, Türk Cerrahi Derneği, Antalya, 2006.
37. Özbaş A. Öztekin D. Karaciğer Transplantasyonu uygulanan hastanın taburculuk eğitimi. Ulusal Cerrahi Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, Türk Cerrahi Derneği, Antalya, 2006.
38. Coşkun H, Akbayrak N. Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001; 5 (2): 63-68.
39. Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi. 10. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti. Ankara 2000;136-153.
40. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. J Pers Soc Psychology, 1984; 46: 839-852.
41. Şendir M, Babadağ K. Total kalça protezi ameliyatı öncesi hasta eğitiminin ameliyat sonrası fiziksel uyum ve yaşam kalitesine etkisi. Hemşirelik Bülteni, 2000; 12(46): 27-40.
42. Wood I, Douglas J, Priest H. Education and training for acute care delivery: a needs analysis. Nursing in Critical Care, 2004; 9(4): 159-166.
43. Hodgkinson B, Evans D. and O'Neil S. Knowledge retention from preoperative patient information. The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 2000.
44. Selçuki M, Karadeniz G. Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların hizmete ilişkin değerlendirme ve beklentileri. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001; 12(47): 19-30.

45. Polit D.F, Hungler B.P. Nursing Research: Principles and Methods. Fourth Edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 2001; 597-607.
46. Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K. Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri, 4. Baskı, Hatipoğlu Basım ve Yayım San. Tic. Ltd. şti, Ankara, 2002.
47. Brink P.J, Wood M.J. Advanced Design in Nursing Research. Second Edition, Sage Publications, London, 1998; 264-282.
48. Kubilay G. Veri Toplama Yöntem Teknik ve araçları. İçinde: Erefe İ. (Ed) Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. Odak Ofset, İstanbul, 2002; 139-167.
49. Erefe İ. Veri toplama araçlarının niteliği. İçinden: Erefe İ. (Ed). Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. Odak Ofset, İstanbul, 2002; 169-188.
50. Hovardaoğlu S, Sezgin N. Eğitim ve Psikolojide Ölçme Standartları. Amerikan Eğitim Araştırmaları Birliği, Amerikan Psikoloji Birliği, Eğitim Ölçümleri Uluslararası Konseyi. Türk Psikologlar Derneği Yayınları no:14, 1. Baskı, Ankara, 1998; 9-31.
51. Tezbaşaran A.A. Likert Tipi Ölçek Geliştirme Klavuzu, 2. Baskı, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1997.
52. Özdamar K. Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi. Genişletilmiş 5. Baskı, Kaan Kitabevi. Eskişehir, 2004; 661-673.
53. Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber I: Ölçek Uyarlama Aşamaları ve Dil Uyarlaması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2002; 4(1): 9-14.
54. Öner N. Kültürlerarası ölçek uyarlamasında bir yöntem bilim modeli, Psikoloji Dergisi,

1987: 6 (21); 80-83.

55. Eser E. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Kültürel Uyarlaması. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, Kongre Öncesi Kurslar Kitabı, İzmir, 2007.
56. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2004 : 30 (3); 211-216.
57. Öner N. Güvenirliği ve/veya geçerliği sınanmış psikolojik testler. Türk Psikoloji Dergisi Özel Sayı, Psikolojik Testler, 1994: 6 (33); 9-18.
58. Wood G.L, Haber J. Reliability and validity. İn: Wood G.b., Haber J. Nursing Research. Methods, Appraisal, and Utilization. Mosby. St. Louis, 2002; 311-330.
59. Ergin D.Y. Ölçeklerde Geçerlik ve Güvenirlik. M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 1995: 4; 125-148.
60. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2002; 4(2): 9-20.
61. Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri. SPSS Uygulamaları, 1. Baskı, Emek Ofset Ltd. Şti. Ankara, 2003.
62. Çimen S. 15-18 Yaş Grubu Gençlerde Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nin Geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul, 2003.
63. Cangür Ş. Araştırma Görevlilerinin İş Tatminine Etki Eden Faktörlerin Yapısal Eşitlik Modelleriyle Belirlenmesi. Osmangazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü İstatistik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2004.

64. Yurdugül H. Paralel, Eşdeğer ve Konjerik Ölçmelerde Güvenirlik Katsayılarının Karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2006; 39(1); 15-37.
65. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik, 9. Baskı, Hatipoğlu Basım ve Yayım San. Tic. Ltd. Şti. Ankara, 2000.

**EK-1: HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ'Nİ GELİŞTİREN
BUBELA VE ARKADAŞLARI'NDAN ALINAN İZİN BELGESİ**

Dear Emine:

Thank you for your interest in our PLNS scale. I had your question forwarded to me by Sheila Gordon-Dillane. Our scale is now in the public domain as we published the scale in an article. Please feel free to use the scale as published in the article for your work and translation. I apologize, but I do not have the reference available at this point. Good luck!

Natalie Bubela

-----Original Message-----

From: Sheila Gordon-Dillane [<mailto:orcs@on.lung.ca>]

Sent: Monday, November 21, 2005 9:41 AM

To: Bubela, Natalie

Subject: FW: Natalie Bubela and PLNS

Hi Natalie:

Can you please respond to this directly? Thanks.

Sheila

-----Original Message-----

From: emine çatal [<mailto:eceminecatal@yahoo.com>]

Sent: November 18, 2005 9:03 AM

To: Sheila Gordon-Dillane

Subject: Natalie Bubela and PLNS

I'm in master program as Surgical Disease Nurse at Dokuz Eylül University Health Sciences Institute. Last year in a specialty lesson I interested in Velma Jacobs' paper about her PLNS usage and criticize the article. Also in our country, the information need after discharge does not determined correctly so, I think that it is an obligation to investigate this subject. In Journal of Advanced Nursing (1990) I found the article about validity and reliability of PLNS, which was developed by you in order to determine this necessity and priorities after discharge. We also need a similar scale to determine our patients' needs. I beg your permission to translate your scale into Turkish and use it as a research for our literature. Could you send to me original scale (of PLNS), please? I need an urgent answer because I'll have an exam at the end of October. Thank you for your interest.


EMİNE ÇATAL

Dokuz Eylül University

İzmir, TURKEY

EK-2: D.E.Ü. HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU ETİK KURUL KARARI



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU ETİK KURUL KARARLARI	
Sayı: B.30.2.DEÜ.0.82.00.00/748	Tarih: 03.05.2006
<p>Etik Kurul Üyeleri</p> <p>Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN(Başkan) Prof.Dr.Zühal BAHAR(Başkan Yrd.) Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ(üye) Doç.Dr.Besti ÜSTÜN (üye)</p> <p>Etik Kurul Sekreteri Yard.Doç.Dr.M.Candan ÖZTÜRK</p>	<p>DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE</p> <p>Etik Kurulumuzun 23 Mayıs 2006 tarih ve 14/3/06 sayılı toplantısında, 574 kayıt numaralı evrak ile başvuran Yard.Doç.Dr.Aklime DİCLE'nin danışmanlığını yürüttüğü Yüksek Lisans öğrencisi Emine ÇATAL'ın "Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'deki Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" konulu araştırmasıdır;</p> <p>-Ölçeğin anlaşılma durumunu değerlendirmek için ön uygulama yapılması, anlaşılma güçlükleri yaşamıyorsa, okuyazar olanların araştırma örneklemine alınması önerileriyle uygulanmasında etik açıdan bir sakınca yoktur.</p> <p>Oy birliği ile kabul edilmiştir.</p> <p>Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.</p> <p> Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN Etik Kurul Başkanı</p>

EK-3: İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NDEN ALINAN İZİN BELGESİ

T.C
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : Eğt.Şb.B.104.İSM.4350009/1057
Konu : Emine ÇATAL tezi.

12.06.2006*043765

İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Emine ÇATAL'ın "Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması" konulu tez çalışmasının hastanenizde yapılabilmemesi hususunda görüşlerinizi en geç 22.06.2006 tarihine kadar tarafımıza iletilmesini rica ederim.

Şenol SARIYICI
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

EKİ: 1 Adet tez örneği

Uygundur.
13-06-2006
İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
Başhekim Yardımcısı
Dr. Hatma Nur AKTAŞ
DİP NO: 1057

İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	
KAYIT	TARİH: 12 Haziran 2006
	SAYI: 10764
HAVALE	GEREĞİ:
	BİLGİ:

**EK-4: İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDEN ALINAN
İZİN BELGESİ**



T.C.
İzmir Valiliği
Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

SAYI : B104İSM4350015/002
Yazı İşleri
KONU : Hemş.Emine ÇATAL Tezi

15342 13.06.2006

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İLGİ : 12.06.2006 tarih ve 43765 sayılı yazınız.

9 Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Emine ÇATAL'ın "Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması" konulu tez çalışmasını hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Uz.Dr.Fatma Nur AKTAŞ
Başhekim Yardımcısı
Başhekim a.

22.05.2006

**İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİK MAKAMINA,**

Hastanemiz başhemşireliğinde süpervisör olarak çalışmaktayım. DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği'nde yüksek lisans yapmaktayım. Yüksek lisans tezim için cerrahi girişim geçiren hastaların taburculuk öncesi bilgi gereksinimlerini belirlemede kullanılan "Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'deki Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" konu başlıklı araştırmamın, etik kurul tarafından incelenerek, onay alabilmem için gereğinin yapılmasını arz ederim.

Emine ÇATAL

EK: "Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin
Türkiye'deki Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" Metni

Adres: 215 sok. no:55/22 Nil Apt. Basın Sitesi
Hatay/İzmir

Ev: 0232 244 6698,

İş: 0232 244 44 44-2443 / 2216,

Cep: 0505 488 96 16

emine.catal@gmail.com,

UYGUNDUR

22/05/2006

Prof. Dr. Galip AKHAN

III. Nöroloji Klinik Şefi

BAŞHEKİM



İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
III. NÖROLOJİ KLİNİK ŞEFİ
Prof. Dr. Galip AKHAN

**EK-5: ARAŞTIRMAYA KATILAN HASTALARDAN ALINAN BİLGİLENDİRİLMİŞ
OLUR FORMU**

Bilgilendirilmiş Olur Formu

Sayın Bay/Bayan,

Sağlık sorunu nedeniyle hastaneye yatan bireye verilen sağlık hizmeti, tıbbi ve cerrahi uygulamaları içermektedir. Bu uygulamalar hastanın, hastaneye başvurduğu andan itibaren başlayıp, hastanede yattığı süreci ve taburculuk evresini kapsamaktadır

Bu çalışmayla; “Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği”nin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması” amaçlanmaktadır. Hastaneden ve etik kuruldan izin alınmıştır. Bu araştırma kapsamında hastalarımıza hiçbir girişim yapılmayacaktır. Gönüllü olarak katılan batın ameliyatı geçirmiş ve taburculuğu planlanan hastalarımızın eve gitmeden önce gereksinim duydukları bilgileri ve önceliklerini belirlemeye yönelik veri elde etmek amaçlanmıştır. Bunun için “Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği” kullanılacaktır. Bu ölçüm aracı yer alan 50 maddeden oluşan ifadeleri 1 ile 5 arasında (1.önemli değil, 2. biraz önemli, 3.ne az ne çok önemli, 4.çok önemli 5. son derece önemli) değerlendirmeniz beklenmektedir. Her bir madde görüşme yoluyla kedi ifadenize dayalı olarak değerlendirilecektir. Ölçümler ameliyattan sonra taburcu olmadan önceki son 24-48 saatte sizin ifadeniz temel alınarak yapılacaktır.

Bu çalışmada yer aldığımız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte bilgiler kurumun yerel etik kurul komitesine ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Kişisel olarak verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır.

Ben, hasta olarak katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Görevi:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

EK-6: SOSYODEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA FORMU

ANKET NO

Veri Toplama Tarihi:

Başlama Saati:

Bitiş Saati:

1. Adı Soyadı:

2. Yaş:

3. Cinsiyet:

Kadın

Erkek

4. Medeni Hali:

Bekar

Evli

5. Eğitim Durumu:

İlkokul

Ortaokul

Lise

Üniversite

6. Sosyal Güvencesi:

Emekli Sandığı

Bağkur

SSK

Yeşilkart

Ücretli

7. Mesleği:

8. Yattığı Klinik:

9. CERRAHİ PROSEDÜR:

10. Vakanın Tipi:

Acil

Elektif

EK-7: HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ-TÜRKÇE FORMU

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (50 Madde)					
Lütfen taburcu olup eve gitmeden önce bilmek istediğiniz konular için aşağıdaki her bir maddenin sizin için ne kadar önemli olduğunu belirtiniz.					
1= önemli değil, 2= biraz önemli, 3= ne az ne çok önemli, 4= çok önemli, 5= son derece önemli.					
MADDELER	Önemli değil	Biraz önemli	Ne az ne çok önemli	Çok önemli	Son derece önemli
1. Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5
2. Enerjimi/gücümü korumak için ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
3. İlaçlarımın her biri nasıl etki ediyor?	1	2	3	4	5
4. Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebilirim?	1	2	3	4	5
5. Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir problem olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
6. Evdeki bakımında ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
7. Hastalığım hakkında ailem ve arkadaşlarımla nasıl konuşabilirim?	1	2	3	4	5
8. İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
9. Ailem hastalığımla baş edebilmek için nerelerden yardım alabilir?	1	2	3	4	5
10. Hastalığıma bağlı oluşabilecek sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5
11. Bu hastalık geleceğimi nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5
12. Ne zaman duş alabilir ya da banyo yapabilirim?	1	2	3	4	5
13. Hastalığımanın belirtileri neler olabilir?	1	2	3	4	5
14. Ev işlerine/işe ne zaman başlayabilirim?	1	2	3	4	5
15. Ağrımı nasıl giderebilirim?	1	2	3	4	5
16. İlaçlarımın her birini ne kadar süre kullanmalıyım?	1	2	3	4	5
17. Ne kadar süre istirahat etmeliyim?	1	2	3	4	5
18. İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok karına gibi) almalıyım?	1	2	3	4	5
19. Tedavimi kim takip edecek?	1	2	3	4	5
20. Tedavime bağlı oluşabilecek yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
21. Hastalığımanın belirtileri ortaya çıktığında ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
22. Evde acil bir sağlık sorunum olduğunda nereye başvurabilirim?	1	2	3	4	5

23. Evde yardım için telefonla kimi aramalıyım?	1	2	3	4	5
24. Hastalığının nedeni/nedenleri nelerdir?	1	2	3	4	5
25. Ameliyat yarasının bakımını nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5
26. İdrar yapmamla ilgili bir sorunum olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
27. Yemeklerimi nasıl (yağsız, tuzsuz gibi) hazırlamalıyım?	1	2	3	4	5
28. Yemem ve yememem gereken yiyecekler nelerdir?	1	2	3	4	5
29. Yeterli uyuyamazsam ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
30. Yapmamam gereken aktiviteler (ağır kaldırmak gibi) nelerdir?	1	2	3	4	5
31. Acil durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabilirim?	1	2	3	4	5
32. Yaşam/ölümle ilgili duygularımı kiminle konuşabilirim?	1	2	3	4	5
33. Ayaklarıma uygun bakımı nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5
34. Hangi vitaminleri ve ek gıdaları almalıyım?	1	2	3	4	5
35. Hastalığıma ilişkin duygularımla baş etmek için nereden yardım alabilirim?	1	2	3	4	5
36. Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim?	1	2	3	4	5
37. İlaçlarımın her birini niçin kullanmam gerekiyor?	1	2	3	4	5
38. Hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
39. İlaçlarımla ilgili olası yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
40. Stresle nasıl baş edebilirim?	1	2	3	4	5
41. Klinikten eve nasıl gideceğim?	1	2	3	4	5
42. Hastalığımla ilgili duygularımı nasıl tanımlayabilirim?	1	2	3	4	5
43. Cildimde yara oluşmasını nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
44. İlaçlarımın her birini ne zaman almalıyım?	1	2	3	4	5
45. İlaçlarımı nereden/nasıl temin edebilirim?	1	2	3	4	5
46. Stresten nasıl uzak durabilirim?	1	2	3	4	5
47. Tedavimin amaçları nelerdir?	1	2	3	4	5
48. Yapmam gereken hareketler nelerdir?	1	2	3	4	5
49. Cildimde kızarıklık oluşmasını nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
50. Bu hastalık yaşamımı nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5

EK-8: PATIENT LEARNING NEEDS SCALE-İGİLİZCE FORMU**The Patient Learning Needs Scale**

Please rate how important each item is for you to know before going home.

**1= not important,
2= slightly important,
3= moderately important,
4= very important,
5= extremely important.**

ITEMS	not important	slightly important	moderately important	very important	extremely important
1. Which complications needing attention?	1	2	3	4	5
2. What to do if I alter to save energy?	1	2	3	4	5
3. How each medication works?	1	2	3	4	5
4. How to recognize a complication?	1	2	3	4	5
5. What to do if I have trouble with my bowels?	1	2	3	4	5
6. What home care gives?	1	2	3	4	5
7. How to tell family/friends about my illness?	1	2	3	4	5
8. What to do if I have a reaction to the medication?	1	2	3	4	5
9. Where to get help for family to deal with my illness?	1	2	3	4	5
10. What complications might occur from my illness?	1	2	3	4	5
11. How this illness will affect my future?	1	2	3	4	5
12. When I can take a bath or shower?	1	2	3	4	5
13. What symptoms I may have related to my illness?	1	2	3	4	5
14. When home tasks can start?	1	2	3	4	5
15. How to manage my pain?	1	2	3	4	5
16. When to stop taking each medication?	1	2	3	4	5
17. How much rest I should be getting?	1	2	3	4	5
18. How to take each medication?	1	2	3	4	5
19. Who to see at follow-up?	1	2	3	4	5
20. What the possible side effects of my treatments are?	1	2	3	4	5
21. How to manage the symptoms I have?	1	2	3	4	5
22. How to get through the "red tape" to get services at home?	1	2	3	4	5

23. Who to call for help?	1	2	3	4	5
24. What is/are cause(s) of my illness?	1	2	3	4	5
25. How to care of cut/incision?	1	2	3	4	5
26. What to do if I have trouble urinating?	1	2	3	4	5
27. How to prepare the foods I am to eat?	1	2	3	4	5
28. Which foods I can and cannot eat?	1	2	3	4	5
29. What to do if I cannot sleep properly?	1	2	3	4	5
30. What physical exercise I cannot do such as lifting?	1	2	3	4	5
31. How to get through the “red tape” in the health care system?	1	2	3	4	5
32. Who to talk to about my concerns about death?	1	2	3	4	5
33. How to care for my feet properly?	1	2	3	4	5
34. Which vitamins and supplements I should take?	1	2	3	4	5
35. Where I can get help in handling my feelings about my illness?	1	2	3	4	5
36. How can I contact community groups?	1	2	3	4	5
37. Why I need to take each medication?	1	2	3	4	5
38. How to prevent a complication from occurring?	1	2	3	4	5
39. What are possible reactions to medications?	1	2	3	4	5
40. How can I manage stres?	1	2	3	4	5
41. How I transport to clinic?	1	2	3	4	5
42. How to recognize my feelings toward my illness?	1	2	3	4	5
43. How to prevent my skin from getting sore?	1	2	3	4	5
44. When to take each medication?	1	2	3	4	5
45. Where I can get my medication?	1	2	3	4	5
46. How can I avoid stres?	1	2	3	4	5
47. What the purposes of my treatments are?	1	2	3	4	5
48. What physical exercise I should be getting?	1	2	3	4	5
49. How to prevent my skin from getting red?	1	2	3	4	5
50. How this illness will affect my life?	1	2	3	4	5