



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

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**KRONİK HASTALIKLARDA AİLE İÇİ BAKIM
VERENLERİN İLETİŞİMİNİ DEĞERLENDİRME
ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE FORMUNUN GEÇERLİK VE
GÜVENİRLİĞİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kemal GÖRGÜLÜ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Gülyeter ERDOĞAN YÜCE

AKSARAY-2025



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

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**KRONİK HASTALIKLARDA AİLE İÇİ BAKIM
VERENLERİN İLETİŞİMİNİ DEĞERLENDİRME
ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE FORMUNUN GEÇERLİK VE
GÜVENİRLİĞİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kemal GÖRGÜLÜ

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Gülyeter ERDOĞAN YÜCE**

AKSARAY-2025

ONAY SAYFASI

Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Kemal GÖRGÜLÜ tarafından savunulan “Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi” isimli çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Prof. Dr. Güler Duru Aşiret
Aksaray Üniversitesi

İmza

.....

Onaylıyorum ☐ Onaylamıyorum ☐

Danışman:

Doç. Dr. Gülyeter Erdoğan Yüce
Aksaray Üniversitesi

.....

Onaylıyorum ☐ Onaylamıyorum ☐

Üye:

Doç. Dr. Gamze Muz
Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi

.....

Onaylıyorum ☐ Onaylamıyorum ☐

Bu tez, Aksaray Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmenliği'nin ilgili maddeleri uyarınca jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Funda ÇETİNKAYA

Enstitü Müdürü

DOĞRULUK BEYANI

Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliğinin İncelenmesi adlı yüksek lisans tezinin içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurullara uygun olarak atıf yapıldığını bildiririm. Beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara katlanacağımı bildiririm.

Kemal GÖRGÜLÜ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresi boyunca bana yol gösteren, deneyimlerini benimle paylaşan, ilgi-alaka ve emeklerini hiçbir zaman esirgemeyen, süreç boyunca beni inandıran değerli ve kıymetli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Gülyeter ERDOĞAN YÜCE'ye,

Eğitim ve öğrenim süresince büyük katkıları olan ve emeklerini esirgemeyen tüm ders hocalarıma,

Tez savunmamdaki yol gösterici desteği ve değerli katkılarından dolayı saygıdeğer jüri üyesi hocalarıma,

Veri toplama süresince beni kabullenerek yardımcı olan Aksaray Eğitim Araştırma Hastanesi Evde Bakım Birimi'nin tüm personeline,

Çalıştığım kurumda, eğitim ve öğrenim süresince beni destekleyen birim amirim ve mesai arkadaşlarıma,

Süreç boyunca bana her zaman güvenen, yardımcı olan ve yalnız bırakmayan sevgili eşim İlknur GÖRGÜLÜ 'ye,

Teşekkürlerimi sunarım.

Kemal GÖRGÜLÜ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
ÇİZELGELER DİZİNİ	vii
SİMGELER KISALTMALAR.....	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kronik Hastalık Tanımı.....	4
2.1.1. Kronik hastalıkların epidemiyolojisi	4
2.1.2. Kronik hastalıkların özellikleri	5
2.1.3. Kalp ve damar hastalıkları	5
2.1.4. Kanser	6
2.1.5. Kronik solunum yolu hastalıkları	6
2.1.6. Diabetes mellitus (DM)	7
2.2. Evde Bakım ve Evde Bakım Hizmetleri	7
2.2.1. Türkiye’de sunulan evde bakım hizmetleri	8
2.2.2. Evde bakım hizmetinin avantajları	8
2.2.3. Evde bakım hizmetinin dezavantajları.....	9
2.2.4. Kronik hastalıkların evde bakımı	9
2.3. Formal ve İnformal Bakım	10
2.4. Bakım Verme Yükü.....	11
2.5. Bakım Verenlerde İletişim	13
2.5.1. Yönetici bakım verenler	15
2.5.2. Taşıyıcı bakım verenler	16
2.5.3. Ortak bakım verenler	17
2.5.4. Yalnız bakım verenler.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	18
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	18
3.2. Araştırma Sorusu ve Hipotezleri	18
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	18
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri.....	19
3.6. Veri Toplama Araçları.....	19
3.6.1. Katılımcı bilgi formu	20
3.6.2. Kronik hastalıklarda aile içi bakım verenlerin iletişimini değerlendirme ölçeği (Family Caregiver Communication Tool- Chronic Illness- FCCT-CI)	20
3.6.3. BAKAS bakım verme etki ölçeği	21
3.6.4. Aile iklimi ölçeği	21
3.6.5. Aile APGAR ölçeği	22
3.7. Verilerin Toplanması.....	22
3.8. Araştırmanın Uygulama Aşamaları.....	23
3.8.1. Ölçeğin dil geçerliği	23
3.8.2. Ölçeğin kapsam /içerik geçerliği	23
3.8.3. Ön uygulama.....	24
3.8.4. Veri hazırlama ve ön işlemler.....	24
3.8.5. Ölçeğin yapı geçerliği.....	24

3.8.6. Ölçeğin ölçüt geçerliği.....	25
3.8.7. Ölçeğin güvenirliği	25
3.9. Verilerin Analizi.....	26
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
3.11. Araştırmanın Etik Yönü	27
4. BULGULAR.....	28
4.1. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri.....	28
4.2. Bakım Verilen Bireye ve Bakım Verenlerin Bakım Verme Durumlarına İlişkin Özellikler.....	28
4.3. Ölçeğin Geçerlilik Analizi Bulguları	29
4.3.1. Ölçeğin kapsam geçerliğine ilişkin bulgular	30
4.3.2. Kronik hastalıklarda aile içi bakım verenlerin iletişimini değerlendirme ölçeği madde frekans dağılımı.....	30
4.3.3. Ölçeğin yapı geçerliğine ilişkin bulgular.....	32
4.3.4. Ölçeğin ölçüt geçerliğine ilişkin bulgular.....	34
4.4. Ölçeğin Güvenirlik Analizine İlişkin Bulgular	35
4.4.1. Ölçeğin iç tutarlık güvenirliği.....	35
4.4.2. Ölçeğin eşdeğer yarılar güvenirliği	37
5. TARTIŞMA	39
5.1. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Ölçek Uyarlaması Açısından Tartışılması	39
5.2. Kronik Hastalıklarda Aile içi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerliliğine İlişkin Bulgularının Tartışılması.....	40
5.2.1. Dil geçerliliğine ilişkin bulguların tartışılması	40
5.2.2. Kapsam geçerliliğine ilişkin bulguların tartışılması	41
5.2.3. Yapı geçerliliğine ilişkin bulguların tartışılması	41
5.2.4. Ölçeğin ölçüt geçerliliğine ilişkin bulgularının tartışılması	43
5.3. Kronik Hastalıklarda Aile içi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenirliğine İlişkin Bulgularının Tartışılması	44
5.3.1. Ölçeğin iç tutarlık güvenirliğine ilişkin bulguların tartışılması.....	44
5.3.2. Ölçeğin eş değer yarılar güvenirliğine ilişkin bulguların tartışılması	45
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	46
KAYNAKÇA	49
EKLER.....	61
EK-1: Katılımcı Bilgi Formu	61
EK-2: The Family Caregiver Communication Tool- Chronic Illness (Fcct-C1) ...	62
EK-3: Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği	63
EK-4: Bakas Bakım Verme Etki Ölçeği.....	64
EK-5: Aile İklimi Ölçeği	65
EK-6: Aile APGAR Ölçeği	66
EK-7: Ölçeklerin Araştırmada Kullanım İzinleri	67
EK-8: Etik Kurul Kararı	69
EK-9: İl Sağlık Müdürlüğü İzni	70
EK-10: Aydınlatılmış Onam Formu.....	71

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KRONİK HASTALIKLARDA AİLE İÇİ BAKIM VERENLERİN İLETİŞİMİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE FORMUNUN GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN İNCELENMESİ

Kemal GÖRGÜLÜ

**Aksaray Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı**

Danışman: Doç. Dr. Gülyeter ERDOĞAN YÜCE

ÖZET

Metodolojik tasarıma sahip bu araştırmada, Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği'nin (The Family Caregiver Communication Tool- Chronic Illness) Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliliğinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın evreni Aralık 2023-Mart 2024 tarihleri arasında Aksaray Eğitim Araştırma Hastanesi, Evde Bakım Biriminde takip edilen hastaların aile içi bakım verenleri, örnekleme ise araştırmayı kabul eden 223 bakım veren oluşturmaktadır. Dil geçerliğinde ileri çeviri, sentez, geri çeviri ve uzman değerlendirmesini içeren bir prosedür izlenmiştir. Çalışmada yapı geçerliğinde doğrulayıcı faktör analizi (DFA), ölçüt geçerliğinde BAKAS Bakım Verme Etki Ölçeği, Aile İklimi Ölçeği, Aile APGAR Ölçeği, güvenirliliği ise iç tutarlılık katsayısı ve eşdeğer yarılar güvenirliliği ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin kapsam geçerlik indeksi 0,91 olarak belirlenmiştir. Modelin uyum indekslerini ve referans değerlerine göre mükemmel uyum aralığında olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,956 olarak bulunmuştur. Ölçeğin iki alt boyutu arasında gözlenen 0,98'lik güçlü korelasyon, alt boyutların birbiriyle ilişkisinin yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Sonuç olarak; Kronik Hastalıklarda Aile içi Bakım Verenlerinin İletişimi Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe versiyonu, geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Aile içi iletişim, bakım verenler, kronik hastalıklar

Ocak, 2025; 71 sayfa

M.Sc. THESIS

**INVESTIGATION OF THE VALIDITY AND RELIABILITY OF THE
TURKISH FORM OF THE SCALE FOR EVALUATING THE
COMMUNICATION OF FAMILY CAREGIVERS IN CHRONIC DISEASES**

Kemal GÖRGÜLÜ

**Aksaray University
Graduate School of Health Science
Department of Nursing**

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Gülyeter ERDOĞAN YÜCE

ABSTRACT

This methodologically designed study aimed to examine the validity and reliability of the Turkish form of the Family Caregiver Communication Tool- Chronic Illness. The universe of the study consisted of family caregivers of patients followed up in the Home Care Unit of Aksaray Training and Research Hospital between December 2023 and March 2024, and the sample consisted of 223 caregivers who agreed to participate in the research. A procedure including forward translation, synthesis, back translation, and expert assessment was followed for language validity. The study evaluated construct validity with confirmatory factor analysis (CFA), criterion validity with the BAKAS Caregiving Impact Scale, Family Climate Scale, Family APGAR Scale, and reliability with the internal consistency coefficient and split-half reliability. The content validity index of the scale was determined as 0.91. It was determined that the model was in the perfect fit range according to the fit indices and reference values. The Cronbach alpha coefficient of the scale was found to be 0.956. A strong correlation of 0.98 was observed between the two sub-dimensions of the scale, which revealed that the sub-dimensions were highly correlated. As a result, the Turkish version of the Family Caregiver Communication Tool- Chronic Illness was determined to be valid and reliable.

Keywords: Family communication, caregivers, chronic diseases

January 2025; 71 pages

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği Standardize Edilmiş Yol Katsayıları ile Doğrulayıcı Faktör Analizi (n=223).	33
---	----



ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	28
Çizelge 4.2. Bakım verilen bireye ve bakım alma durumlarına ilişkin özellikler	29
Çizelge 4.3. Kronik hastalıklarda aile içi bakım verenlerin iletişimini değerlendirme ölçeğinin kapsam geçerliliğine ilişkin sonuçları (n=11)	30
Çizelge 4.4. Kronik hastalıklarda aile içi bakım verenlerin iletişimini değerlendirme ölçeğinin maddelerinin frekans ve dağılımı (n=223)	31
Çizelge 4.5. Kronik hastalıklarda aile içi bakım verenlerin iletişimini değerlendirme ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizinde hesaplanan uyum indeksleri ve referans değerleri.....	32
Çizelge 4.6. Kronik hastalıklarda aile içi bakım verenlerin iletişimini değerlendirme ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi ait bulgular (n=223)	34
Çizelge 4.7. Kronik hastalıklarda aile içi bakım verenlerin iletişimini değerlendirme ölçeği'nin ölçüt geçerliği sonuçları (n=223)	35
Çizelge 4.8. Kronik hastalıklarda aile içi bakım verenlerin iletişimini değerlendirme ölçeği'nin madde toplam korelasyon ve iç tutarlılık güvenilirliği sonuçları (n = 223)	37
Çizelge 4.9. Kronik hastalıklarda aile içi bakım verenlerin iletişimini değerlendirme ölçeği'nin iki yarı güvenilirlik analizi sonuçları (n=223)	38

SİMGELER KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AVE	Ortalama Açıklanan Varyans
CR	Birleşik Güvenirlik
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DM	Diabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
KAH	Korener Arter Hastalığı
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ

Toplum dinamiklerindeki hızlı değişim, yaşam tarzı ve çevresel faktörlerdeki değişiklikler ile nüfusun yaşlanması, inme, koroner kalp hastalığı, kanser, diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, obezite ve kronik akciğer hastalığı gibi kronik hastalıkların dünya genelinde artışına yol açmıştır (WHO, 2023). Bu hastalıkların küresel düzeyde artan yükü, modern tıp teknolojilerindeki ilerlemeler ve yaşam tarzlarındaki değişim, bakım ve tedavi süreçlerinde önemli değişikliklere neden olarak kronik hastalıkların bakımını hastane ortamından evlere taşımıştır (Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı, 2015; Ploeg vd., 2017; Schulz ve Czaja, 2018). Bu durum, kronik hastalığı olan bireylerin bakımında aile üyelerinin rolünü ve sorumluluğunu önemli ölçüde artırmaktadır (Machado vd., 2019). Aile içi bakım, özellikle kronik hastalıklara sahip bireyler için, bireyin fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamada önemli bir rol oynamaktadır (Bevan vd., 2019). Bu bakım, kişisel ve tıbbi bakım, ev işleri, duygusal ve sosyal destek, sağlık hizmeti koordinasyonu ve mali konuların yönetimi gibi çeşitli rolleri içermektedir (Lambert vd., 2016; Martire ve Helgeson, 2019; Diana vd., 2023). Ancak, bu önemli roller, zaman, enerji ve kaynak açısından önemli yükler getirmekte ve çoğu zaman aile içi bakım verenlerin duygusal, fiziksel ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanmadığı durumlarla sonuçlanmaktadır (Lindt vd., 2020; del-Pino Cadoso vd., 2021).

Kronik hastalık yönetimi sürecinde aile içi bakım verenlerin refahını etkileyen ve bakım verenin yüküne katkıda bulunan önemli stres faktörlerinden biri aile içi iletişimidir (Wittenberg vd., 2017; Bevan vd., 2019). Aile üyeleri, yaşamın her aşamasında önemli şekillerde birbirine bağlıdır. Bu ilişkiler, bireylerin yaşamları boyunca önemli bir sosyal bağlantı ve sosyal etki kaynağıdır (Thomas vd., 2017). Aile içi iletişim, sosyal destek ve bakım sürecinin etkinliği üzerinde doğrudan etkili bir role sahiptir. Aile içi iletişim, bireylerin destek arama becerilerini ve sosyal destek düzeylerini artırarak, bakım kalitesinin katkıda bulunmaktadır (Bevan vd., 2019). Bakım verenlerin aile üyelerinden aldığı duygusal, somut ve bilgilendirici destek, hem bakım verenlerin hem de bakım alanların yaşam kalitesini artırmada önemli bir rol oynamaktadır (Wittenberg vd., 2014; Wittenberg vd., 2017). Aile üyelerinin geniş bir yelpazede konuları tartışmasına olanak tanıyan konuşma yönelimi, daha açık ve destekleyici bir iletişim ortamı yaratarak sosyal destek düzeyini artırmaktadır. Öte

yandan, uyum yönelimi, aile normlarına ve değerlerine uyma derecesini belirleyerek, ailenin bir arada hareket etme ve bakım süreçlerini koordine etme kapasitesini şekillendirmektedir (Koerner ve Schrod, 2014; Hesse vd., 2017). Bu iki iletişim yönelimi, aile içi dinamiklerin uyumlu çalışmasını destekleyerek hem bakım verenlerin hem de bakım alıcıların ihtiyaçlarını daha etkili bir şekilde karşılamaya yardımcı olmaktadır (Wittenberg vd., 2017; Bevan vd., 2019). Aile üyeleri arasındaki düşük uyum veya yetersiz iletişim, bu desteğin sağlanmasını engellemektedir (Wittenberg vd., 2014; Wittenberg vd., 2017). Aile içindeki iletişim sorunları, bakım sürecine dair farklı anlayışlar ve aile içindeki çatışmalar, bakım alan bireyin ileri bakım planlamasında aksamalara neden olabilmektedir (François vd., 2017).

Aile üyelerinin hastanın bakımına aktif bir şekilde katılımını teşvik etmek, kolaylaştırmak ve bu süreci doğru bir şekilde yönlendirmek, özellikle kronik hastalığı olan bireylerde etkili öz bakımın sağlanması için oldukça önemlidir (Yusuf vd., 2024). Bütünsel hemşirelik bakımının aileyi ayrılmaz bir parça olarak ele alan felsefi temellerine rağmen, bu yaklaşımların etkili uygulamaya dönüştürülmesi konusunda hala önemli bir boşluk bulunmaktadır (Mestre vd., 2024). Sağlık hizmeti sunumunda aile üyeleri çoğunlukla göz ardı edilmekte ve rutin olarak değerlendirme ve müdahale alma süreçlerine dahil edilmemektedir (Wittenberg vd., 2023). Bakım verenlere destek, aile dinamiklerinin değerlendirilmesiyle başlamaktadır. Bakım verenin ihtiyaçlarını karşılamak ve etkili aile merkezli bakım sağlamak için ailenin yapısını, karar alma rollerini ve iletişim kalıplarını anlamak gerekmektedir (Sherman, 2019). Buna rağmen mevcut aile temelli bakım yaklaşımlarının anlamlı ve kapsayıcı iletişimi kolaylaştırmadaki etkinliğini değerlendirmek için de gerekli araç ve stratejilerin eksik olduğu görülmektedir (Demiris vd., 2020). Bakım verenlerle ilgili mevcut değerlendirme araçları bakım verme yükü, bakım verme etkisi, bakım vermeye hazır olma ve bakım verenlerin yaşam kalitesi gibi bakım verenlerin fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarına odaklanmaktadır (Bektaş ve Ozer, 2009; Can, 2010; Karaman ve Karadakıyan, 2015; Ulusoy ve Graessel, 2017).

Mevcut değerlendirme araçları, bakım verenlerin deneyimlerine ilişkin değerli bilgiler sunmakla birlikte, bakıma katılım ve iletişim kalitesi gibi önemli noktalar hakkında yeterli bilgi sağlamamaktadır. Özellikle, ulusal literatürde bakım verenlerin aile içi iletişim süreçlerini değerlendirmeye yönelik bir ölçek bulunmaması, bu alandaki

boşluğu ortaya koymaktadır. Bakım verenlerin aile içi iletişim süreçlerini değerlendirmek, aile içi iletişim dinamiklerini anlamaya ve iyileştirmeye yönelik etkili müdahaleler geliştirmeye, hasta ve aile için daha etkili, uyumlu ve kapsayıcı bir bakım sürecine katkıda bulunabilir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının bakım verenlerin iletişim kalıplarını ve bakış açılarını dikkate alarak iletişim kurması, bakım sürecinin başarısını destekleyebilir. Bu bağlamda, bu araştırmada Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği'nin (Family Caregiver Communication Tool- Chronic Illness- FCCT-CI) Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi amaçlanmıştır. Türkçe'ye uyarlanan bu ölçeğin, bakım verenlerle ilgili yapılacak çalışmaları desteklemesi ve ulusal ile uluslararası hemşirelik literatürüne önemli katkılar sağlaması hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalık Tanımı

Kronik hastalıklar, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, uzun süreli bakım ve rehabilitasyon gerektiren sağlık sorunudur. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Kronik Hastalıklar Komisyonu, bu hastalıkları "tam iyileşmesi mümkün olmayan, sürekliliği olan, yavaş ilerleyen, genellikle kalıcı sakatlığa yol açan ve kişisel, genetik ve sosyoekonomik etkenlerin rol oynadığı nonenfeksiyöz hastalıklar" olarak tanımlamıştır (Kara ve Bayraktar, 2021). Bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak da bilinen bu hastalıklar, bulaşıcı olmayan bir doğa, çoklu risk faktörleri, uzun bir latent dönem, uzamış bir seyir, işlevsel bozukluk, sakatlık ve genellikle tedavi edilemezlik ile karakterizedir (Piovani vd., 2022).

2.1.1. Kronik hastalıkların epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yayımladığı verilere göre, bulaşıcı olmayan hastalıklar her yıl yaklaşık 41 milyon insanın ölümüne yol açmakta ve bu ölümler, dünya genelindeki toplam ölümlerin %74'ünü oluşturmaktadır. Kronik hastalıklara bağlı ölümler arasında kardiyovasküler hastalıklar, 17,9 milyon ölümle ilk sırada yer almakta; bunu 9,3 milyon ölümle kanserler, 4,1 milyon ölümle solunum yolu hastalıkları ve 2 milyon ölümle diyabet izlemektedir (WHO, 2023). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, ülkemizde de benzer şekilde kronik hastalıklara bağlı ölümler en çok dolaşım sistemi hastalıklarından (%35,4), ardından kanserlerden (%15,2), solunum sistemi hastalıklarından (%13,5) ve endokrin, beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklardan (%4,5) kaynaklanmaktadır (TÜİK, 2023). Toplam ölüm oranlarına bakıldığında, Dünya Sağlık Örgütü'nün 2015 yılında yayımladığı çalışmada, ülkemizde kronik hastalıklara bağlı ölümlerin toplam ölümlerin %86'sını oluşturduğu ve 362 bin kişinin bu hastalıklar nedeniyle öldüğü belirtilmiştir. Bununla birlikte 2017 yılında bu oran %88'e yükselmiş ve 392 bin kişiye ulaşmıştır. 2022 yılında ise kronik hastalıklara bağlı ölümler %90 oranıyla 389.100 kişi olarak kaydedilmiştir (WHO, 2015; WHO, 2017; WHO, 2022). Kronik hastalıkların artan görülme sıklığı, bireyler, aileler ve toplum üzerinde çok boyutlu olumsuz etkiler yaratmaktadır (Yazıcıoğlu ve Bağcıvan, 2022). Morbidite ve mortalite oranlarının yüksekliği, sağlık sistemleri üzerinde giderek artan bir yük oluşturmakta

ve kronik hastalıkları hem dünyada hem de ülkemizde en önemli sağlık sorunları arasında konumlandırmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2023).

2.1.2. Kronik hastalıkların özellikleri

Kronik hastalıklar, yaşamın tüm dönemlerinde görülebilmekle birlikte genellikle ilerleyen yaşlarda ortaya çıkar ve yaşam boyu devam ederek kalıcı sakatlıklara yol açabilmektedir (Özdemir ve Taşcı, 2013). Bu hastalıklar, kontrolsüz hipertansiyona bağlı kalp yetmezliği veya inme gibi diğer kronik durumların gelişmesine neden olabilir. Hastalığa yol açan etken ile hastalığın ortaya çıkması arasındaki süreç genellikle uzun olmakla birlikte, kronik hastalıklar tekrarlayan ataklarla seyredebilmektedir. Tedaviye bağlılık, hastalığın iyileşme sürecinde kritik bir öneme sahiptir. Kronik hastalıklar yalnızca bireyi değil, tüm aile üyelerini etkiler ve bu durum hem hasta hem de aile için artan sorumluluklar doğurur. Bu hastalıklarla başa çıkmak, deneyim yoluyla öğrenme ve iş birliği gerektirirken, bireyler ve aileler, yaşamın değişkenliği ve belirsizliği ile başa çıkmak zorunda kalmaktadır. Ayrıca, kronik hastalığı olan bireyler tedavi ve bakım süreçlerinde hastane ve toplum desteğine, ekonomik yardıma ihtiyaç duymaktadır (Akdemir, 2005; İrgil, 2006). Kronik hastalıklar, bireylerde çoklu organ yetmezlikleri, psikolojik ve sosyal sorunlar, yorgunluk, ağrı, kas spazmları, nörolojik sorunlar, hafıza kaybı, depresyon ve anksiyete gibi pek çok zorluğa yol açarak bağımlılığı artırır (Fine, 2015; Kol ve Yılmaz Karabulutlu, 2021). Ayrıca, kronik hastalıkların süresi, hastanın yaşı, cinsiyeti, sosyal çevresi, ekonomik durumu, aldığı destek hizmetleri, hastalığı kabullenme süresi gibi faktörler hastalıkla başa çıkma ve uyum sürecini önemli ölçüde etkilemektedir (Schoen vd., 2010).

2.1.3. Kalp ve damar hastalıkları

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ye göre kalp ve damar hastalıkları arasında koroner arter hastalığı (KAH), romatizmal ve konjenital kalp hastalığı, periferik arter hastalığı, inme ve derin ven trombozu yer almaktadır (WHO, 2021). Bu hastalıklar, halk sağlığını tehdit eden önemli bir yaygınlık göstermektedir (Yeates vd., 2015). Değiştirilemeyen risk faktörleri (yaş, cinsiyet, aile öyküsü) yanında, sağlıksız beslenme, hareketsizlik ve tütün kullanımı gibi değiştirilebilir faktörler de önemli etkiye sahiptir (Sağlık Bakanlığı, 2015; Balakumar vd., 2016). Yapılan araştırmalara göre, 1990 yılında 271

milyon olan kalp ve damar hastası sayısı, 2019 yılında 523 milyona ulaşmıştır. Aynı dönemde bu hastalıklardan kaynaklanan ölümler ise 12,1 milyondan 18,6 milyona yükselmiştir (Roth vd., 2020). Her yıl dünya genelindeki ölümlerin %31'i kalp ve damar hastalıklarından kaynaklanmaktadır ve bu ölümlerin %75'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (WHO, 2021). TÜİK verilerine göre, Türkiye'de dolaşım sistemi hastalıkları ölümlerin %35,4'ünü oluşturarak en yaygın ölüm nedeni olarak öne çıkmaktadır (TÜİK, 2023).

2.1.4. Kanser

Kanser, hücrelerin kontrolsüz bir şekilde çoğaldığı, komşu dokuları istila edebildiği ve diğer organlara yayılabildiği bir grup hastalık olarak tanımlanmaktadır. Bu süreçte metastaz gelişimi, kanserin başlıca ölüm nedeni olarak öne çıkmaktadır (WHO, 2020). Dünya Sağlık Örgütüne göre, 2018 yılında dünyada 18,1 milyon insan kansere yakalanmış ve bu hastalık yaklaşık 9,6 milyon ölüme neden olmuştur. Kansere bağlı erken ölümlerin %30'u 30-69 yaş aralığında gerçekleşmektedir (WHO, 2020). En yaygın kanser türleri arasında %11,6 ile akciğer kanseri, %11,6 ile meme kanseri ve %10,2 ile kolorektal kanserler yer almaktadır (WHO, 2020). Türkiye'de ise TÜİK verilerine göre, dolaşım sistemi hastalıklarından sonra kanser, toplam ölümlerin %15,2'sini oluşturmaktadır (TÜİK, 2023).

2.1.5. Kronik solunum yolu hastalıkları

Kronik solunum yolu hastalıkları, solunum yolları veya akciğer yapılarını etkileyen hastalıkları kapsamaktadır. En yaygın türleri arasında Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), astım, mesleki akciğer hastalıkları ve pulmoner hipertansiyon bulunmaktadır (WHO, 2020). Dünya genelinde 2017 yılında 544,9 milyon kişinin kronik solunum yolu hastalığı olduğu ve bu oranın 1990 yılına göre %39,8 oranında arttığı belirtilmiştir. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına bağlı ölümlerin %90'ından fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmekte ve her yıl yaklaşık 3 milyon insan KOAH nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Bu ölümler, dünya genelindeki toplam ölümlerin %6'sını oluşturmaktadır (WHO, 2020). Türkiye'de ise kronik solunum yolu hastalıkları ölümler arasında %13,5 oranıyla kanserlerden sonra ikinci sırada yer almaktadır (TÜİK, 2023).

2.1.6. Diabetes mellitus (DM)

Diabetes Mellitus, insülin hormonunun eksikliği veya organizma tarafından yeterince kullanılamaması sonucu gelişen, karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasını etkileyen kronik bir metabolizma hastalığıdır (Enç ve Öz Alkan, 2014; Sağlık Bakanlığı, 2022). DM, Tip 1 DM, Tip 2 DM, gestasyonel DM ve diğer spesifik tipler olarak sınıflandırılmaktadır. En yaygın görülen türleri Tip 1 ve Tip 2 DM'dir. Tip 1 DM, genellikle çocukluk ve erken yetişkinlik döneminde başlarken; Tip 2 DM daha yaygın olup aşırı kilo, hareketsizlik, genetik yatkınlık ve yaş gibi faktörlerle ilişkilidir (WHO, 2020). Dünya genelinde 2000 yılında 151 milyon olan diyabetli birey sayısının, 2021 yılında 537 milyona yükseldiği ve bu sayının 2045 yılında 783 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (IDF, 2021). Türkiye'de TÜİK verilerine göre, diyabet sıklığı her yıl artış göstermekte ve 2019 yılında %10,2 olan oran, 2022 yılında %11,4'e yükselmiştir.

2.2. Evde Bakım ve Evde Bakım Hizmetleri

Evde bakım, bireylerin sağlık sorunlarının günlük yaşam aktivitelerine minimum etki etmesini sağlayarak, bağımsızlıklarını kazanmalarına ve yaşam kalitelerinin artırılmasına yardımcı olan uzman bir ekip tarafından sunulan kapsamlı hizmetlerin bütünü olarak tanımlanmaktadır (Ekici ve Özdemir, 2003). Başka bir tanımda ise evde bakım, bireylerin ev ortamında değerlendirilmesini sağlayarak maliyet açısından etkili ve bireyin kendisi ya da bakım verenler tarafından günlük yaşam aktivitelerinin desteklenmesini hedefleyen hizmetlerin tamamı olarak ifade edilmektedir (Bahar ve Parlar, 2007; Korkmaz vd., 2018). Evde bakım hizmetleri, bireylerin sağlık durumlarını iyileştirmek, mevcut sağlık durumunu korumak veya geliştirmek ve psikososyal destek hizmetlerini kapsamlı bir şekilde sunmayı amaçlar. Bu hizmetler; bireylerin öz bakımlarını (örneğin, banyo yapma, el/yüz/tırnak bakımı, giyinme), ev hizmetlerini (örneğin, temizlik, tamir, bakım-onarım) ve evde sağlık hizmetlerini (örneğin, tıbbi müdahale ve izleme) içeren geniş bir yelpazeyi kapsar (WHO, 2015).

Resmi Gazete'de (2005) yayımlanan yönetmeliğe göre evde bakım hizmeti, hastaların hekimlerin yönlendirmesi doğrultusunda, aileleriyle birlikte yaşadıkları ortamda sağlık ekibi tarafından sunulan, rehabilitasyon, fizyoterapi ve psikolojik tedaviyi de içeren, tıbbi ihtiyaçlarını karşılayan sağlık ve bakım takip hizmetleri olarak

tanımlanmaktadır. Evde bakım hizmetleri ile evde sağlık hizmetleri arasında literatürde ve günlük uygulamalarda kapsam farklılıkları olduğu görülmektedir. Evde sağlık hizmetleri genellikle sağlık profesyonelleri tarafından sunulurken, evde bakım hizmetleri sağlık profesyoneli olmayan kişiler (örneğin, aile bireyleri) tarafından verilen hizmetlerin bütününe kapsamaktadır (Genet vd., 2012).

2.2.1. Türkiye’de sunulan evde bakım hizmetleri

Türkiye’de evde bakım çalışmaları ilk olarak özel sektör tarafından başlatılmış olup, ilerleyen süreçte yerel yönetimler, kamu hastanelerinin evde bakım birimleri, özel hastaneler ve özel evde bakım merkezleri tarafından da yürütülmeye başlanmıştır (Yüksel, 2022). Ülkemizde evde bakım hizmetleri genel olarak yaşlı, engelli, süregelen hastalığı olan ve uzun süreli tedaviye ihtiyaç duyan bireyleri kapsamakta olup, evde bakım hizmetleri Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından, evde sağlık hizmetleri ise Sağlık Bakanlığı’nın evde sağlık hizmet birimleri tarafından yürütülmektedir (Işık vd., 2016). Evde bakım hizmetlerine ilişkin yasal düzenlemeler arasında; 10 Mart 2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik, 1 Şubat 2010 tarihli ve 3895 sayılı yazıyla yürürlüğe giren Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 4 Nisan 2013 tarihli ve 28254 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 27 Şubat 2015 tarihli ve 29280 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik ve en güncel haliyle 2 Haziran 2023 tarihli ve 32209 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik bulunmaktadır.

2.2.2. Evde bakım hizmetinin avantajları

Evde bakım hizmeti, bireyler için birçok avantaj sunmaktadır. Öncelikle, profesyonel sağlık ekibi tarafından aile üyeleri de dahil edilerek, bireyin kendi ev ortamında sağlık hizmeti alması sağlanmaktadır. Bu durum, bireyin yaşamını sürdürdüğü çevre ve alıştığı ortamın değişmemesi nedeniyle bakım sürecini daha çekici hale getirmektedir (Yüksel, 2022). Bakım alan bireyler, evlerinde kendilerini daha rahat ve özgür hissederken, kurallarına ve sınırlarına saygı gösterilmesi de bu hizmeti cazip

kılmaktadır. Ayrıca, hastane veya diğer sağlık kuruluşlarında kalış süresinin azalması sayesinde maliyetlerin düşmesi ve enfeksiyon riskinin hastane ortamına göre daha düşük olması da evde bakım hizmetlerinin yararları arasında yer almaktadır. Evde bakım hizmeti, bireyin sosyal yaşamını sürdürmesine olanak tanıyarak sosyal izolasyonu önler ve ruh sağlığı üzerinde olumlu etkiler yaratmaktadır(Yüksel, 2022).

2.2.3. Evde bakım hizmetinin dezavantajları

Evde bakım hizmetinin bazı dezavantajları da bulunmaktadır. Bakım süreci, birey ve aile üyeleri üzerinde fiziksel, duygusal ve ekonomik açıdan baskı yaratabilir (Söylemez, 2022; Yüksel, 2022). Ayrıca, sağlık personelinin farklı bir ortamda hizmet vermesi verimliliği azaltabilir ve hasta ile aile arasında yeterli iletişim kurulamaması sorun yaratabilir. Sağlık personelinin sürekli bireyin yanında olmaması, hizmetin yeterli düzeyde alınamamasına neden olabilir. Bunun yanı sıra, ev ortamında tıbbi ekipman, laboratuvar ve görüntüleme cihazlarının yetersizliği tanı ve tedavide gecikmelere yol açabilir. Bu durum, bakımın etkinliği ve sürecin başarısı üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir (Söylemez, 2022; Yüksel, 2022).

2.2.4. Kronik hastalıkların evde bakımı

Ülkemizde kronik hastalığı olan birey sayısının her geçen gün arttığı gözlemlenmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre özellikle 65 yaş ve üzeri bireylerin kronik hastalık oranı %78,7 olarak hayli yüksek görülmektedir (TÜİK, 2023). Bu nedenle evde bakım hizmeti ön plana çıkarak önem kazanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan, Ev Temeline Dayanan Uzun Dönem Bakım Raporunda, uzun süreli bakımın tanımı; kendi bakımında yetersiz olan kişilerin bireysel tercihlerine göre en yüksek derecede katılımı, bireylerin bağımsızlığını koruyarak ve insan onurunu incitmeden yaşam kalitesini yükseltmek için verilen bakım olarak tanımlamaktadır (WHO, 2000). Bu tanıma istinaden gerek 65 yaş ve üstü kronik hastalığı olan bireyler gerekse diğer yaş grubu kronik hastalığı olan bireyler çok yönlü bakım hizmetlerini kendi ev koşullarında alabilmektedir (Erşil ve Sivrikaya, 2016). Evde bakımda, hastayla birlikte bakım verenler sürece dahil olmaktadır. Bu süreçle birlikte bakım verenler ev ortamında bakım alan bireylere fiziksel, duygusal ve maddi-manevi destekte verebilmektedir. Bu durum, bakım alan hastalar için olumlu olarak görülmekle birlikte bakım vericilerde fiziksel, emosyonel ve sosyal olarak

gerek bedensel gerekse ruhsal olarak olumsuzlukları da beraberinde getirmektedir (Uğur ve Çatıker, 2019). Buna istinaden ülkemizde 2005 yılında yürürlüğe giren Evde Bakım Hizmetleri Yönetmeliği ve ilerleyen süreçte güncellenen evde bakım hizmetleri daha üst seviyeye gelmesiyle birlikte, bu hizmetten yararlanan bireyler ve bakım verenler, yaşadıkları ortamda sağlık ekibi tarafından; rehabilitasyon, fizyoterapi, psikososyal tedavi de dahil olmak üzere tıbbi ihtiyaçlar karşılanmak üzere sağlık ve bakım ile takip hizmetleri sunulmaktadır. Bu hizmet talepte bulunan bireyler evde bakım hizmeti alabilmektedir (Resmi Gazete, 2005; Resmi Gazete, 2015; Erşil ve Sivrikaya, 2016).

2.3. Formal ve İnfomal Bakım

Evde bakım hizmetleri, bireyin sağlık, sosyal ve bireysel ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla profesyonel meslek grupları ya da aile üyeleri tarafından sunulmaktadır. Formal bakım, profesyonel ekipler tarafından sunulan hizmetleri ifade ederken, informal bakım, herhangi bir ücret alınmadan aile üyeleri veya yakın çevre tarafından sağlanan bakım türüdür (Karahan ve Atar, 2002; Yılmaz vd., 2010). Formal ve informal bakım hizmetleri, bağımlı bireyin durumuna göre birbirini tamamlayıcı veya birbirinin yerine geçecek şekilde bir arada kullanılabilir (Özyeşil vd., 2014).

Formal bakım sunumunda, hemşireler, fizyoterapistler, sosyal hizmet uzmanları, diyetisyenler ve evde bakım yardımcıları yer almaktadır. Formal bakım kapsamında kurumsal bakım, evde formal bakım ve gündüz bakım evleri bulunmaktadır. (Allender ve Spradley, 2001; Gözüm ve Tan, 2003; Türken Gel ve Tokur Kesgin, 2017). Kurumsal bakım, bireyin günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesi için profesyonel sağlık çalışanlarının gözetiminde sağlanan hizmetleri içermektedir (Lu vd., 2021). Evde formal bakım, bireye kendi evinde, genellikle eğitim almış profesyoneller tarafından belirli bir ücret karşılığında sunulan hizmetleri kapsamaktadır. Bu hizmetler, bireyin günlük yaşam aktivitelerinin yanı sıra, özel ihtiyaçlarına göre farklı hizmetleri de içermektedir (Özgöbek, 2019). Gündüz bakım evleri, bireylerin akut bakım gerektirmeden fonksiyonel bağımlılıklarına yönelik hijyen, tıbbi bakım, hemşirelik, rehabilitasyon ve psikososyal destek gibi hizmetleri sunduğu bir bakım türüdür. Bu hizmetler, bireyin evden ve yaşadığı çevreden tamamen uzaklaşmasını gerektirmez (Lopes vd., 2018; Fu vd., 2018).

İnformal bakım, bakıma ihtiyaç duyan bireyin temel ihtiyaçlarının karşılanmasını, tıbbi bakımı ve hekim ya da hastane işlerinin takip edilmesini içeren, uzmanlık gerektirmeyen bir bakım türüdür. Bu bakım, bireyin ailesi, arkadaşları veya yakın çevresi tarafından herhangi bir ücret alınmadan sağlanmaktadır (Türken Gel ve Tokur Kesgin, 2017). Araştırmalar, informal bakımın büyük oranda kadınlar tarafından üstlenildiğini göstermektedir (OECD, 2017). Kurumsal hizmetlerin artmasına rağmen, ekonomik, sosyal ve kültürel nedenler, aile üyelerinin bakım verme sorumluluğunu üstlenmesini teşvik etmekte ve bu durum bakımın "ailenin temel görevi" olarak algılanmasına yol açmaktadır (Taşdelen ve Ateş, 2012). Bakım gereksinimleri olan insanların büyük bir bölümü, aile, arkadaş ve sosyal bağlarını koruyarak, kendi evinde yaşamayı ve bakım almayı tercih etmektedir. Bu durum, bireyin özerkliğini sürdürmesini sağlamakta ve informal bakımı daha cazip hale getirmektedir (Hajek vd., 2017). Yapılan bir araştırmada, 18 Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü ülkesinde 50 yaş ve üzeri bireylerin yaklaşık %13'ünün en az haftada bir informal bakım aldığı belirtilmiştir (Budnick vd., 2021). Bağımlılık derecesi yüksek olmayan bakım alan bireyler için informal bakım, formal bakıma kıyasla daha düşük maliyetli bir seçenek sunmaktadır. Bu nedenle, birçok ülke öncelikli olarak informal bakım ağırlıklı sistemleri tercih etmektedir (Güdük, 2022).

2.4. Bakım Verme Yüğü

Bakım verme sürecinde sıklıkla kullanılan “yük” kavramı ise, bakım veren bireyde meydana gelen fiziksel ve duygusal etkiler olarak ifade edilmektedir (Yeşil vd., 2016). Türk Dil Kurumu'na göre “yük”, “birinin üzerine almak zorunda kaldığı ağır görev” veya “tedirginlik veren şey, engel” anlamlarına gelmektedir (Türk Dil Kurumu, 2024). Yük kavramı; bakım veren bireyin bakım verme sürecinde yaşadığı psiko-sosyal sorunlar, bedensel problemler, mali sıkıntılar, aile ilişkilerinde bozulmalar ve kontrol kaybı gibi olumsuz durumları içermektedir (Dağdeviren, 2017). Literatürde, yük kavramı genellikle objektif yük ve subjektif yük olmak üzere iki ana kategoride ele alınmaktadır.

Objektif yük, hane halkının ve bakım verenin yaşamındaki değişimler ya da engellemeler olarak tanımlanmaktadır (Montgomery vd., 1985; Awad ve Voruganti, 2008). Daha spesifik olarak, bakım alan bireyin rahatsız edici davranışları, bakım verenin üstlendiği görevler (fiziksel işlevler, sağlık kontrolleri) ve bakım sürecinin aile

içinde veya dışında yarattığı problemler (sağlık üzerindeki etkileri, finansal kayıplar ve ev işleri üzerindeki etkiler) objektif yük kapsamında değerlendirilmektedir (Montgomery vd., 1985; Jones, 1996; Schene vd., 1998; Kasuya vd., 2000; Sales, 2003). Subjektif yük ise, bakım veren bireyin bakım verme rolü ile ilgili tutumlarını (örneğin, keder, sıkıntı, utanma) ve bu role verdiği duygusal tepkileri ifade etmektedir. Başka bir deyişle, bakım verenin bu rolü nasıl algıladığı ve değerlendirdiği subjektif yük olarak tanımlanmaktadır (Montgomery vd., 1985; Jones, 1996; Kasuya vd., 2000; Awad ve Voruganti, 2008). Objektif yük daha somut bir kavramken, subjektif yük, bakım verenin objektif yükü başa çıkarken yaşadığı duygusal sıkıntıları içermektedir (Dağdeviren, 2017). Bazı kaynaklarda objektif ve subjektif yük farklı boyutlarda ele alınmış olsa da, bu iki kavram arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, subjektif yükün semptomlarının, objektif yükün yol açtığı semptomlardan daha güçlü bir stres kaynağı olduğu saptanmıştır (Küçüköğlu, 2004).

Bakım verme yükü, literatürde fiziksel, emosyonel, sosyal ve finansal yük olmak üzere dört farklı kategoride ele alınmaktadır.

Fiziksel yük, bakım veren bireylerde sıkça karşılaşılan somatik şikayetler olarak kendini göstermektedir. Bu şikayetler arasında düzensiz beslenme, iştahsızlık, hazımsızlık, baş ağrıları, uyku düzensizlikleri, kronik yorgunluk, kilo kaybı veya artışı, kas, sırt, bel ve mide ağrıları yer almaktadır. Ayrıca, bakım veren bireyler, bu süreçte yaşadıkları depresyon ve duygusal sıkıntılar nedeniyle kendi kişisel bakımlarında da aksaklıklar yaşayabilmektedir (Kılıç Aksa ve Taşcı, 2005; Uğur, 2006).

Emosyonel yük, bakım veren bireylerde en sık depresyon, anksiyete ve stres şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bunun yanı sıra, emosyonel yük; korku, hayal kırıklığı, bezginlik, suçluluk, uykusuzluk, yalnızlık hissi, gelecek kaygısı, artan ağlama isteği, azalan gülme isteği, alkol ve diğer maddelerin kullanımında artış, kendini güvende hissetmeme, yaşam enerjisinin azalması ve öz yeterlilik seviyesinin bakım vermeyen bireylere göre daha düşük olması gibi etkilerle kendini göstermektedir (Or, 2013).

Sosyal yük, bakım veren bireylerin aile ilişkilerinden arkadaşlık ilişkilerine ve sosyal etkinliklere kadar birçok alanda fedakarlık yapmalarına neden olmaktadır. Bu durum, özellikle sosyal izolasyona yol açarak yalnızlık hissi, sosyal ilişkilerde bozulma ve günlük yaşam aktivitelerinde aksamalara sebep olmaktadır. Ayrıca, bakım veren bireyler, yaşamlarını bakım verdikleri kişiye göre düzenledikleri için kendilerine vakit

ayırnamakta ve öz bakımlarını ihmal edebilmektedirler (Uğur, 2006; Duru Aşiret, 2011).

Finansal yük, informal bakım verenlerin karşılaştıkları en büyük zorluklardan biri olup evde bakım sürecinin beraberinde getirdiği ekonomik maliyetleri kapsamaktadır. Özellikle, bakım alan bireylerin sağlık sigortasının bulunmaması durumunda tedavi ve bakım masrafları ile gerekli tıbbi cihazların temini, karşılanması zor ek maliyetler olarak öne çıkmaktadır (Akyar ve Akdemir, 2009). Ayrıca, bakım veren bireylerin çalışma saatlerini azaltması ya da tamamen işinden ayrılması, bunun yanı sıra artan beslenme ve ulaşım masrafları, en sık karşılaşılan ekonomik sorunlar arasında yer almaktadır (Or, 2013). Bu durum, bakım verenlerin hem ekonomik hem de sosyal yaşamlarını olumsuz etkileyen önemli bir finansal yük oluşturmaktadır.

2.5. Bakım Verenlerde İletişim

Bakım alan birey, bakım veren birey ve diğer aile üyeleri ile sağlık hizmeti sunan kurumlar arasındaki iletişim, bakım verme sürecinde güçlü bir etkiye sahiptir (Fletcher vd., 2012). Bakım veren bireylerin, klinik bilgi düzeyleri ve sağlık personeli ile iletişim becerileri, bakım alan bireylerin sağlık durumları üzerinde önemli bir rol oynamaktadır (Litzelman vd., 2016). Aynı zamanda bakım veren bireyler, bakım alan kişilerin sağlık durumları hakkında hekimlere bilgi aktarımında kritik bir rol üstlenmektedir (Wolff vd., 2017). Bakım veren ve bakım alan birey arasındaki iletişimin iyi ve kaliteli olması, her iki tarafın da yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir (Goldsmith vd., 2016). Bakım verenler için çoklu stres faktörleri arasında aile içi iletişim, en önemli stres kaynaklarından biri olarak öne çıkmaktadır (Wittenberg vd., 2016). Bakım veren bireylerde, genellikle iletişim kaygısı, konuşmalara dahil olma konusunda tereddüt yaşama ve iletişimden kaçınma eğilimi gözlemlenmektedir (Wittenberg vd., 2017). Aile içi iletişimin açık olmadığı durumlarda, bakım verenlerde depresyon sık görülmekte ve bu durum bakımın kalitesini olumsuz etkilemektedir (Wittenberg vd., 2018). Ayrıca, aile üyeleri arasında zayıf iletişim, bireylerin duygularını ifade edememesi ya da ifade etmekten kaçınması, aile içi çatışma gibi faktörler, bakım veren bireylerde depresyon gelişimine katkıda bulunmaktadır (Wittenberg vd., 2017).

Kültürel ve ailesel faktörler, bakım veren bireylerin bakım verme sürecine ve tedavi kararlarına katılımını, aynı zamanda bilgi alma isteklerini önemli ölçüde etkilemektedir (Mead vd., 2013; Costas-Muniz vd., 2013). Bakım veren bireylerin

bilgilendirilmesi, karar verme süreçlerine aktif olarak katılmaları, empati kurmaları, anlayış göstermeleri ve duygularını paylaşmaları beklenmektedir (Goldsmith vd., 2019). Hastalık teşhisi sonrası, genellikle aile üyeleri arasında etkileşim artmakta, aile rollerinde değişiklikler yaşanmakta ve bakım veren ile bakım alan birey arasında karşılıklı bağımlı bir ilişki oluşmaktadır (Kissane vd., 2003; Siminoff vd., 2008). Bakım veren bireyler, bakım ve tedavi kararlarını sıklıkla bakım alan bireyle paylaşarak, onun adına karar vermektedir (McCarthy, 2011). Karar verme süreçleri; konuşmalar, tartışılan konular ve paylaşılan detaylar açısından zaman içinde değişiklik göstermektedir (Goldsmith ve Miller, 2014).

Bakım veren ve bakım alan bireyler arasındaki iletişimde temel unsur, etkili ve açık bir iletişim kurulmasıdır. Konuşmaların içeriği, hoşnutluk derecesi, açık iletişim ve konuşma sıklığı gibi etkenler uyumlu görünse de, farklı iletişim tarzları, duyguların gizlenmesi, belirli konulardan kaçınılması ya da önceki konuşmalardan kaynaklanan fikir çatışmaları, iletişimde güçlükler yaşanmasına neden olabilmektedir (Northouse, 2012; Friedermann ve Buckwalter, 2014). Zamanla aile üyeleri arasındaki iletişim ve hastalık hakkında konuşma biçimleri değişebilmektedir (Caughlin vd., 2011). Aile üyeleri arasında iletişim; açık ve kapalı kurallarla belirlenmiş ilişkileri içermekte ve bu kurallar, konuşma konuları, aile içi hiyerarşi ve aile uyumunu şekillendirmektedir (Wittenberg vd., 2012). Konuşma ve uyum düzeyi aileler arasında değişiklik göstermekte ve yüksekten düşüğe doğru farklılıklar görülebilmektedir (Goldsmith vd., 2016). Yüksek iletişimde aile üyeleri arasında serbest ve spontan bir etkileşim bulunurken, düşük iletişimde konuşmalar sınırlı olup, iletişim kurmada zorluklar yaşanmaktadır (Fitzpatrick, 2004).

Aile içi iletişimi yüksek olan aileler, ölüm, hastalık ve ölmek gibi konular hakkında açıkça konuşabilirken, düşük iletişim düzeyine sahip aileler, hastalıkla ilgili tartışmalardan kaçınır ve kararları bakım alan bireyin katılımı olmadan alır. Bazı aile üyeleri ise bakım alan bireyin üzülmesini önlemek için hastalık hakkında konuşmaktan kaçınmaktadır (Syren vd., 2006). Aile içi konuşma ve uyum kurallarına göre iletişim düzeyi, yüksek iletişimden düşük iletişime doğru dört farklı aile türünü ortaya çıkarmaktadır. Bunlar; rızaya dayalı aileler, koruyucu aileler, çoğulcu aileler ve serbest ailelerdir (Wittenberg vd., 2012).

Rızaya Dayalı Aileler: Bu aile türünde, aile üyeleri arasında yüksek düzeyde uyum ve iletişim bulunmaktadır. Aile üyeleri, aile içi hiyerarşiyi kabul eder ve bu hiyerarşiyi koruma çerçevesinde fikirlerini rahatça ifade edebilir. Tartışmalar, genellikle uyumu artırmaya yönelik olarak yapılır (Koerner ve Fitzpatrick, 2002).

Koruyucu Aileler: Bu ailelerde iletişim düşük, ancak aile uyumu yüksektir. İletişimi belirleyen ve yönlendiren temel unsur hiyerarşidir. Aile üyeleri, hiyerarşiye uyum sağlayarak ilişkiyi sürdürür, ancak fikirlerini ifade etme konusunda sınırlıdır (Koerner ve Fitzpatrick, 2002).

Çoğulcu Aileler: Bu ailelerde konuşma yüksek, ancak aile uyumu düşüktür. Aile üyeleri düşüncelerini açıkça ifade edebilir ve herhangi bir hiyerarşik figüre ihtiyaç duymaz. Bu tür ailelerde bireysel fikirlerin ön planda olduğu, bağımsız bir iletişim tarzı hakimdir (Koerner ve Fitzpatrick, 2002).

Serbest Aileler: Bu ailelerde hem konuşma hem de uyum düzeyi düşüktür. Aile üyeleri arasında etkileşim sınırlıdır ve duygusal bağlar zayıftır. İletişim eksikliği, aile içi bağların kopuk olmasına neden olabilir (Koerner ve Fitzpatrick, 2002).

Bakım veren bireylerin geçmiş yaşantıları ve bakım alan bireyle olan ilişkileri farklılık göstermektedir; bu nedenle, aile üyeleri bakım verme sürecinde aynı yaklaşımları sergilememektedir (Wittenberg vd., 2016). Ortaya çıkan bakım veren tipleri, aile sistemi içinde zamanla kurulan iletişim kalıplarına bağlı olarak şekillenmektedir. Örneğin, anneye bakım veren bir kız çocuğunun iletişim tarzı ile evli çiftler arasındaki bakım alan ve bakım veren arasındaki iletişim tarzı farklılık gösterebilir (Wittenberg vd., 2017). Bakım verenler iletişim türlerine göre dört farklı grupta incelenmektedir: yönetici bakım veren, taşıyıcı bakım veren, ortak bakım veren ve yalnız bakım verendir. (Wittenberg vd., 2017).

2.5.1. Yönetici bakım verenler

Yönetici bakım veren bireylerde, yüksek düzeyde konuşma ve yüksek düzeyde uyum gözlemlenmektedir (Goldsmith vd., 2016). Bu tür iletişimde tutum, değer ve davranışlar ön plandadır ve sık sık konuşmanın olduğu bir aile iletişim modeli söz konusudur. Ancak, yüksek uyum düzeyi, konuşma konularının çeşitliliğini sınırlayabilmektedir (Wittenberg vd., 2012). Aile içerisinde hiyerarşik bir role sahip olan yönetici bakım veren bireyler, geleneksel aile rollerini yerine getirmek zorunda

olduklarını hisseder. Diğer aile üyelerinin farklı düşünceleri kabul edilmekle birlikte, yönetici bakım verenlerin düşünceleri daha önceliklidir. Bu bireyler, genellikle bakım planlamasının büyük bir kısmını kendileri üstlenir (Wittenberg vd., 2012).

Yönetici bakım verenler, sağlık kurumlarının belirlediği talimatlara özenle ve eksiksiz bir şekilde uyarak bu talimatların takibini yapar. Sağlık kurumları ve diğer aile üyeleri ile tedavi süreçleri ve yan etkiler hakkında etkili bir şekilde iletişim kurabilirken, bakım alan birey ile iletişim kurmada zorluk yaşayabilir. Başka bir deyişle, yönetici bakım veren bireyler tıbbi bilgiyi önceliklendirirken, bu bilgileri bakım alan birey ile paylaşma konusunda sorun yaşayabilmektedir (Wittenberg vd., 2017). Bu tür bakım verenler, bakım alan bireyin hastalığı hakkında detaylı bilgi edinmek için genellikle internet üzerinden araştırmalar yapar veya sağlık kurumları ile doğrudan iletişime geçer. Böylece, hastalığın tedavi süreçleri hakkında bilgi toplama ve planlama konularında aktif bir rol oynar (Goldsmith vd., 2016).

2.5.2. Taşıyıcı bakım verenler

Taşıyıcı bakım veren bireylerde, düşük düzeyde konuşma ve yüksek düzeyde uyum görülmektedir. Taşıyıcı bakım veren bireyler, genellikle bakım alan bireyin ihtiyaçlarını belirlemek ve bakım kararlarını almak konusunda bakım alan bireye güvenmektedir. Bu bireylerin rolü, büyük ölçüde aile içindeki uyum ve aile yükümlülüklerine bağlıdır (Wittenberg vd., 2012). Taşıyıcı bakım veren bireyler, aile rolleri hakkında açıkça konuşma eğiliminde olmakla birlikte, iletişimlerinin büyük bir kısmını sağlık kurumlarının personeli ile gerçekleştirmektedir. Sağlık personelinin gelen tavsiyeleri bir görev olarak kabul eder ve bu tavsiyelere sıkı sıkıya uyarlar. Ancak, özellikle ölüm ve ölümle ilgili konulardan konuşmaktan mümkün olduğunca kaçınırlar (Goldsmith vd., 2016). Taşıyıcı bakım veren bireyler, bakım alan bireyin ihtiyaçlarını karşılamaya çalışırken çoğunlukla yalnızca bireyin destek gereksinimlerine odaklanmaktadır (Wittenberg vd., 2012). Taşıyıcı bakım veren bireyler, genellikle diğer aile üyelerinden yardım istemekte isteksizdir. Bu durum, taşıyıcı bakım verenlerin öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada, kaynaklara erişimde ve bakım faaliyetlerine katılımda desteklenmesi gerektiğini göstermektedir (Wittenberg vd., 2019).

2.5.3. Ortak bakım verenler

Ortak bakım veren bireylerde yüksek düzeyde konuşma ve düşük düzeyde uyum gözlemlenmektedir. Bu bakım modeli, yalnızca bakım alan bireyin değil, aile üyelerinin de bakım kararlarına dahil olduğu bir yapıyı ifade etmektedir. Aile içinde hiyerarşik bir lider bulunmaz ve tüm aile üyeleri birbirleriyle rahat bir şekilde iletişim kurarak bakım konularını tartışabilmektedir (Goldsmith vd., 2016). Ayrıca, aile üyeleri ve bakım alan birey, ölmek ve ölümle ilgili konuları açıkça konuşabilmektedir (Wittenberg vd., 2016). Ortak bakım veren bireyler, fikir ayrılıkları da dahil olmak üzere birçok konuda bakım alan bireyle açık ve şeffaf bir iletişim kurabilir. Aile üyeleri, hem bakım veren hem de bakım alan bireyin maddi ve manevi yüklerini aktif bir şekilde paylaşmaktadır (Wittenberg vd., 2012). Bu iletişim modelinde "ben" ve "biz" gibi kavramlar ön planda olup, iş birliği ve karşılıklı destek anlayışı belirgin bir şekilde görülmektedir (Wittenberg vd., 2012).

2.5.4. Yalnız bakım verenler

Yalnız bakım veren bireylerde düşük düzeyde konuşma ve düşük düzeyde uyum gözlemlenmektedir. Bu tür ailelerde, aile üyeleri arasındaki etkileşim ve iletişim minimum seviyededir (Goldsmith vd., 2016). Bu tür bakım verenler, bakım sürecinde belirleyici ve sorumluluğu tamamen üstlenen tek kişi olarak görülmektedir. Yalnız bakım veren bireyler, bakım alan bireyin hastalık süreci, bakım planlaması veya yaşamla ilgili endişeleri hakkında tartışmamaktadır. Bunun yerine, biyomedikal çözümlere ve fiziksel değişimlere (örneğin, kilo kaybı, düşük trombosit sayısı) odaklanırlar (Wittenberg vd., 2012). Ölüm veya ölmek gibi konuları tartışmaktan kaçındıkları gibi, bakım alan birey ile ağrı, yaşam kalitesi veya gelecekteki durumlara ilişkin konuları da konuşmazlar. Bunun yerine, sağlık ekiplerinden aldıkları bilgilere güvenerek hareket ederler (Goldsmith vd., 2016). Yalnız bakım veren bireyler, bu süreçte sıklıkla öfke, kızgınlık, depresyon, terk edilmişlik hissi ve çaresizlik gibi duygusal zorluklar yaşamaktadır (Wittenberg vd., 2012).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği'nin (Family Caregiver Communication Tool- Chronic Illness-FCCT-CI) Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma, metodolojik bir tasarım kullanılmıştır.

3.2. Araştırma Sorusu ve Hipotezleri

Bu araştırmada “Kronik Hastalıklarda Aile içi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe formu, Türkiye'deki aile içi bakım verenlerin iletişimini değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı mıdır?” sorusuna yanıt aranmıştır. Bu doğrultuda oluşturulan araştırma hipotezleri aşağıda yer almaktadır:

H₀: Kronik Hastalıklarda Aile içi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe formu, Türkiye'de aile içi bakım verenlerin iletişimini değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı değildir.

H₁: Kronik Hastalıklarda Aile içi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe formu, Türkiye'de aile içi bakım verenlerin iletişimini değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, Aralık 2023 - Mart 2024 tarihleri arasında Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Bakım Birimi'nde takip edilen hastaların birincil aile içi bakım verenleri ile yürütülmüştür. Evde Bakım Birimi, kronik hastalığı olan bireyler, 65 yaş ve üzeri yaşlılar, tam ve yarı bağımlı hastalar, kısa süreli postoperatif dönem geçiren hastalar ve fizik tedavi ihtiyacı olan yatağa bağımlı hastalara hizmet vermektedir. Evde Bakım Birimi'nde görev yapan ekip; dört hekim, sekiz hemşire, beş sağlık teknikeri, bir sekreter ve iki yardımcı personelden oluşmaktadır. Günlük olarak il merkezi ve bağlı köyler dahil olmak üzere ortalama 50 hasta bu hizmetten faydalanmaktadır. Bu bağlamda, araştırma için gerekli veriler, belirtilen birim tarafından hizmet verilen bakım verenlerden toplanmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Bakım Birimi'nden hizmet alan tüm hastaların bakım verenleri oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü, ölçek geliştirme çalışmaları için kullanılan “örneklem sayısı = madde sayısı * kişi sayısı” formülü esas alınarak hesaplanmıştır. Bu hesaplama doğrultusunda, ölçekte yer alan her bir madde için en az 5-10 kişi olacak şekilde 228 bakım verene ulaşılmıştır. Elde edilen verilerde, analiz sonuçlarını etkileyebilecek uç değerler belirlenmiştir. İstatistiksel analizlerin doğruluğunu ve güvenilirliğini artırmak amacıyla aykırı değerler içeren beş anket analizlerden çıkarılmıştır. Son durumda, çalışmaya 223 kişi ile tamamlanmıştır.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Aşağıdaki özelliklere sahip bireyler araştırmaya dahil edilmiştir:

- ✓ 18 yaş ve üzeri olan,
- ✓ Türkçe konuşup anlayabilen,
- ✓ Okuma - yazma bilen,
- ✓ Kronik hastalığı olan yetişkin bir hastaya bakım veren,
- ✓ Son üç ay boyunca günlük en az bir saat bakım sağlayan,
- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul eden aile içi birincil bakım verenler.

Aşağıdaki özelliklere sahip bireyler araştırma dışında bırakılmıştır:

- ✓ Tanısı konmuş ağır psikiyatrik hastalıkları (örneğin, şizofreni, bipolar bozukluk) olan,
- ✓ Araştırmaya katılmayı reddeden aile içi birincil bakım verenler.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerinin toplanmasında; Katılımcı Bilgi Formu (EK-1), Aile İçi Bakım Veren İletişimini Değerlendirme Ölçeği (EK-2, Ek-3), BAKAS Bakım Verme Etki Ölçeği (EK-4), Aile İklimi Ölçeği (EK-5) ve Aile APGAR Ölçeği (EK-6) kullanılmıştır.

3.6.1. Katılımcı bilgi formu

Bu form çalışmaya katılan bakım vericilerin sosyodemografik (yaş, cinsiyeti, medeni durumu, yaşadığı yer, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi ve bakım verdiği bireye yakınlık derecesi) ve bakım verilen kişinin klinik özelliklerini (kronik hastalığı, bakım alma süresi, günlük ortalama bakım süresi, bakım veren diğer kişiler) içeren 12 adet sorudan oluşmaktadır (EK-1).

3.6.2. Kronik hastalıklarda aile içi bakım verenlerin iletişimini değerlendirme ölçeği (Family Caregiver Communication Tool- Chronic Illness- FCCT-CI)

Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği (Family Caregiver Communication Tool- Chronic Illness - FCCT-CI), Wittenberg ve arkadaşları (2023) tarafından geliştirilmiş, aile içinde hastalıkla ilgili iletişim dinamiklerini anlamayı amaçlayan bir ölçektir (EK-2, Ek-3). Ölçek, bakım verenin kronik hastalığı olan bireyle ve diğer aile üyeleriyle olan iletişim sıklığını, kapsamını ve uygunluğunu değerlendirmek için kullanılmaktadır. Ayrıca, bakım verenin bakım hakkındaki değerlerini, inançlarını ve bakım veren türünü belirlemeye olanak tanır. Ölçek, konuşma ve uyumluluk olmak üzere iki alt boyuttan ve toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Beşli Likert tipi yapıda olan ölçeğin maddeleri, '5 = Sıklıkla ile 1 = Asla' arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin 1-5 numaralı maddelerinin toplanmasıyla konuşma puanı, 6-10 numaralı maddelerin toplanması ile uyumluluk puanı elde edilmektedir. Bakıcı türünü belirlemek için, her iki alt ölçeğin toplam puanlarının ortalaması alınır. Ölçekten alınan 5-11 arası puan düşük, 12-25 arası puan ise yüksek olarak değerlendirilmektedir. Bu puanlara göre, bakıcı türleri şu şekilde sınıflandırılır: konuşma düşük, uyumluluk düşük olanlar yalnız bakım verenler, konuşma düşük, uyumluluk yüksek olanlar taşıyıcı bakım verenler, konuşma yüksek, uyumluluk düşük olanlar ortak bakım verenler ve konuşma yüksek, uyumluluk yüksek olanlar yönetici bakım verenler olarak tanımlanır. Ölçeğin 10 maddelik orijinal formunun psikometrik analizi, varyansın %48,10'unu açıklayan iki faktörlü bir yapıyı ortaya çıkarmıştır. Cronbach alfa değerleri konuşma alt boyutu için 0,86 ve uyum alt boyutu için 0,78 olarak belirlenmiştir.

3.6.3. BAKAS bakım verme etki ölçeği

Lazarus modeli temel alınarak, hasta bireylerin ailelerinin yaşamındaki değişiklikleri değerlendirmek amacıyla 1994 yılında Bakas tarafından geliştirilmiştir (Lazarus, 1991; Lazarus ve Folkman, 1984; Bakas, 1994). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Can (2010) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek, bakım verenlerin yaşadığı hem pozitif hem de negatif etkileri değerlendirmek için kullanılmaktadır. Ölçek, 15 maddeden oluşmakta ve +3 (en iyi yönde) ile -3 (en kötü yönde) arasında puanlanan Likert tipi bir yapıdadır. Puanlama, ‘-3=1, -2=2, -1=3, 0=4, +1=5, +2=6, +3=7’ şeklinde hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 15 ile 105 arasında değişmektedir. Yüksek skorlar “iyi yönde değişim,” düşük skorlar ise “kötü yönde değişim” olarak yorumlanmaktadır. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,90 (Bakas vd., 2006) ve Türkçe’ye uyarlanmış ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,90 olarak belirlenmiştir (Can, 2010). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,92 olarak hesaplanmıştır (EK-4).

3.6.4. Aile iklimi ölçeği

Björnberg ve Nicholson (2007) tarafından; aileyi geniş aile ve onu oluşturan nesiller bağlamında ele almak ve bu bağlamda aile iklimini ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek, açık iletişim, uyumluluk, kuşaklararası otorite, kuşaklararası ilgi, duygusal uyum ve bilişsel uyum olmak üzere altı alt ölçekten oluşmaktadır. Her bir alt ölçek sekiz madde ve ölçeğin geneli 48 madde içermektedir. Likert tipi ölçekte, katılımcılar her bir maddeyi ‘1: kesinlikle katılmıyorum’ ile ‘5: kesinlikle katılıyorum’ arasında değerlendirmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gönül ve arkadaşları (2018) tarafından yapılmıştır. Türkiye örnekleminde, 34 maddeden oluşan üç faktörlü yapı belirlenmiştir. Orijinal ölçekteki ‘kuşaklar-arası otorite’ ve ‘bilişsel uyum’ boyutları büyük ölçüde korunurken, diğer dört boyut tek bir faktör altında toplanmış ve bu faktör ‘aile içi ilişkisellik’ olarak adlandırılmıştır. Orijinal ölçeğin, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları açık iletişim için 0,85, kuşaklar-arası otorite için 0,75, kuşaklar-arası ilgi için 0,81, bilişsel uyum için 0,89, duygusal uyum için 0,89 ve uyumluluk için 0,86 olarak hesaplanmıştır. Gönül ve arkadaşları (2018), ölçeğin Türkçe formunda Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı genel için 0,91, aile içi ilişkisellik alt ölçeği için 0,95, kuşaklar-arası otorite alt ölçeği için 0,87 ve bilişsel uyum alt ölçeği için 0,87 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa iç

tutarlılık katsayısı genel için 0,91, aile içi ilişkisellik alt ölçeği için 0,99, kuşaklar-arası otorite alt ölçeği için 0,91 ve bilişsel uyum alt ölçeği için 0,96 olarak belirlenmiştir (EK-5).

3.6.5. Aile APGAR ölçeği

Ölçek, ilk olarak Smilkstein (1978) tarafından geliştirilmiştir. Aile işlevselliğini değerlendiren beş temel parametreyi içermektedir. Bu parametreler; uyum sağlama, ortaklık, gelişme, duygulanım ve karar verme olarak sıralanmaktadır. Ölçek, her bir parametreye ilişkin memnuniyet düzeyinin sıklığını değerlendirmek için üç dereceli bir seçeneğe sahiptir: ‘0: Neredeyse hiçbir zaman’, ‘1: Bazen’ ve ‘2: Neredeyse her zaman’. Ölçekte yer alan her bir göstergeden alınan puanların toplanmasıyla toplam puan elde edilmektedir. Toplam puan 0 ile 10 arasında değişmekte olup 7-10 arasında yüksek memnuniyet, 4-6 arasında orta düzey memnuniyet ve 0-3 arasında düşük memnuniyet olarak değerlendirilmektedir. Toplam puanların yüksekliği, aile işlevselliğinden duyulan memnuniyetin yüksek olduğunu göstermektedir. Özcan ve arkadaşları (2011) tarafından Türkçe’ye uyarlanmış ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,79 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,97 olarak hesaplanmıştır (EK-6).

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, Evde Bakım Birimi’nde takip edilen kronik hastalığı olan bireylerin aile içi bakım verenlerinden ev ziyaretleri sırasında yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Araştırma hakkında bireylere yazılı ve sözlü bilgilendirme yapılarak, katılımın tamamen gönüllülük esasına dayalı olduğu belirtilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere, çalışmanın amacı ve sağlayacakları katkı detaylı bir şekilde açıklanmış, ardından yazılı onamları alınmıştır. Veri toplama formlarını okuyup işaretleyebilen bireylerden gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra formları kendilerinin doldurması istenmiştir. Formları tek başına doldurmakta zorlanan ve yardım isteyen bireylere sorular ve cevap seçenekleri araştırmacı tarafından okunarak yanıtlar işaretlenmiştir. Anket formlarının doldurulması her bir katılımcı için yaklaşık 20-30 dakika sürmüştür.

3.8. Araştırmanın Uygulama Aşamaları

Araştırmanın uygulama aşamaları, ölçeğin dil ve kapsam geçerliliğinin sağlanmasıyla başlamış; ardından pilot uygulama, yapı geçerliliği analizi ve güvenirlik çalışmalarıyla devam etmiştir. Aşağıda bu adımlara ilişkin ayrıntılara yer verilmiştir.

3.8.1. Ölçeğin dil geçerliği

Ölçek uyarlama sürecinde, dil geçerliliği, ölçüm aracının farklı dillerde aynı anlam ve içeriği koruyarak kullanılabilmesi için kritik bir adımdır. Bu çalışmada, ölçeğin dil geçerliliğini sağlamak amacıyla çeviri-geri çeviri yöntemi temel alınmıştır (Gözüm ve Aksayan, 2003; Çapık vd., 2018). Süreç, öncelikle ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye, ardından Türkçe'den tekrar İngilizce'ye çevrilmesini içermiştir. Çeviriler, İngiliz dili eğitimi alanında uzman iki akademisyen tarafından bağımsız olarak yapılmış ve bu çeviriler birleştirilerek ölçeğin ilk Türkçe versiyonu oluşturulmuştur. Daha sonra, geri çeviri aşamasında, ölçek İngiliz dili eğitimi alanında uzman bir diğer akademisyen tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Geri çevrilen ölçek ile orijinal ölçek karşılaştırılarak tutarlılığı değerlendirilmiştir. Ölçeğin hem dilsel hem de kültürel uyumunu sağlamak amacıyla gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Ayrıca, ölçeğin hedef grup tarafından anlaşılabilirliğini test etmek için ön uygulama gerçekleştirilmiş ve elde edilen geri bildirimler doğrultusunda son sürüm oluşturulmuştur.

3.8.2. Ölçeğin kapsam /içerik geçerliği

Ölçek maddelerinin, ölçülmek istenen kavramın tüm yönlerini ve boyutlarını yeterince kapsadığından, Türk kültürü ve dilindeki anlam bütünlüğünü doğru bir şekilde yansıttığından emin olmak için kapsam geçerliği analizi yapılmıştır (Öner, 1996; Erefe, 2002; Şencan, 2005). Bu amaçla Davis Tekniği kullanılmıştır (Davis, 1992). Çevirisi tamamlanan ölçek, hemşirelik alanında çalışan 5 doçent ve 6 doktor öğretim üyesinden oluşan toplam 11 uzmana e-posta yoluyla gönderilmiştir. Uzmanlardan, ölçeğin her bir maddesini ölçmek istenen kavramı ne kadar iyi yansıttığını değerlendirmeleri istenmiştir. Değerlendirme, 'Uygun değil', 'Kısmen uygun, düzenleme gerekli', 'Uygun, küçük düzenlemeler yapılabilir' ve 'Çok uygun' kategorilerinde yapılmıştır. Her bir madde için, "Uygun" ve "Çok uygun" olarak değerlendirilen uzman görüşlerinin sayısı, toplam uzman sayısına bölünerek maddeye

ait Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) hesaplanmıştır. Tüm maddelerin KGİ değerlerinin ortalaması alınarak ölçeğin genel kapsam geçerlilik değeri belirlenmiştir. Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) değeri 0,80 veya üzerinde olan maddeler yeterli kabul edilmiştir (Davis, 1992; Polit vd., 2007).

3.8.3. Ön uygulama

Ölçek maddelerinin hedef kitle tarafından okunabilirliğini ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla araştırma verileri toplanmaya başlamadan önce bir ön uygulama yapılmıştır. Literatüre göre, pilot uygulamanın hedef örneklem büyüklüğünün %10-20'si kadar kişiyle yapılması önerilmektedir (Ercan ve Kan, 2004). Bu doğrultuda, çalışmanın ön uygulaması 30 bakım veren ile gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama sonucunda, veri toplama formlarında herhangi bir değişiklik yapılmasına gerek olmadığı tespit edilmiştir. Ön uygulamaya katılan bakım verenler örnekleme dahil edilmemiştir.

3.8.4. Veri hazırlama ve ön işlemler

Doğrulamalı faktör analizi öncesinde, veri setinin uyumlu ve tutarlı bir şekilde analiz edilebilmesi için maddeler arasındaki korelasyonlar incelenmiştir. Bu analiz sonucunda, madde 9 ve 10'un ölçeğin diğer maddeleri ile negatif korelasyon gösterdiği tespit edilmiştir. Maddelerin analizi sonrasında ölçeğin kalan maddelerinin tek bir yapı haline gelmesi için negatif korelasyon gösteren yani ölçeğin diğer maddelerinden farklı olarak olumsuz ya da negatif anlam içeren maddeler için ters kodlama yapılması önerilmektedir. Ters kodlama, ölçeğin bütün maddeleri için yüksek puanların aynı anlama gelmesini sağlarken, maddeler arasında tutarlılığı da artırmaktadır (Watkins, 2018; Streiner vd., 2024). Bu nedenle, negatif korelasyon gösteren madde 9 ve 10'un, ölçeğin diğer maddeleriyle uyumlu hale gelmesi amacıyla ters kodlama işlemi gerçekleştirilmiştir.

3.8.5. Ölçeğin yapı geçerliği

Bu çalışmada, ölçeğin orijinal faktör yapısını doğrulamak ve uyum iyiliğini test etmek amacıyla Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. Bu analiz, bir ölçeğin belirlenmiş faktör yapısının veri seti üzerinde ne kadar iyi uyum sağladığını test etmek için kullanılan teorik bir model doğrulama yöntemidir (DeVellis, 2014). Ayrıca DFA,

ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında, maddelerin belirli faktörlere ait olup olmadığını doğrulamak ve ölçeğin yapı geçerliliğini değerlendirmek amacıyla tercih edilir. Eğer maddeler arasındaki ilişki önceden test edilmiş ve faktörlerle ilgili maddeler belirlenmişse, DFA'nın kullanılması önerilmektedir (Kline, 2011; DeVellis, 2014; Bandalos ve Finney, 2018). Bu analiz, modelin uyumunu değerlendirmek için teorik olarak öngörülen gizli faktörler ile gözlenen veriler arasındaki ilişkileri test eder ve model uyum indekslerine dayanarak sonuçlar sunmaktadır (Bolen, 1986; Çapık, 2014). Doğrulayıcı Faktör Analizinde, faktör yükleri -1 ile +1 arasında olup, +1'e yakın değerler güçlü ilişkileri, 0'a yakın değerler ise zayıf ilişkileri göstermektedir (Hair vd., 2009). Doğrulayıcı Faktör Analizinde, Maksimum Olabilirlik yaklaşımı kullanılarak maddelerin faktör yükleri, Ortalama Açıklanan Varyans (AVE) ve Birleşik Güvenirlik (CR) değerleri hesaplanmıştır. Modelin uyumunu değerlendirmek için Chi-Square/Degrees of Freedom (χ^2/df) (≤ 3), Goodness of Fit Index (GFI) (> 0.85), Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) (> 0.85), Comparative Fit Index (CFI) (> 0.90), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) (≤ 0.08) ve Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) (< 0.10) uyum ölçütleri kullanılmıştır (Hooper vd., 2008; Kline, 2011; Tabachnick ve Fidel, 2015).

3.8.6. Ölçeğin ölçüt geçerliği

Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimi Değerlendirme Ölçeği'nin ölçüt geçerliliği, Aile APGAR Ölçeği, BAKAS Bakım Etki Ölçeği ve Aile İklimi Ölçeği ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Ölçüt geçerliği, bir ölçeğin ölçmeyi amaçladığı kavramla ilgili dış bir ölçütle ne kadar uyumlu olduğunu belirler ve ölçeğin pratikteki kullanılabilirliğini göstermektedir (Cohen ve Swerdlik, 2005; Horstmann vd., 2019). Bu çalışmada, ölçüt geçerliliği için eş zamanlı geçerlik analizi yapılmıştır. Ölçeğin sonuçları, güvenilirliği kanıtlanmış diğer ölçeklerin sonuçlarıyla karşılaştırılarak korelasyon analizleri yapılmış ve ölçeğin geçerliği bu ilişkiler üzerinden doğrulanmıştır.

3.8.7. Ölçeğin güvenirliliği

Ölçeğin güvenirliliği, iç tutarlılık katsayısı ve eşdeğer yarılar yöntemi ile değerlendirilmiştir. Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı, likert tipi ölçeklerde yaygın olarak kullanılan bir iç tutarlılık yöntemidir. Bu katsayı, ölçek maddelerinin birbiriyle

ne kadar tutarlı olduğunu ve aynı özelliği ölçüp ölçmediğini belirler. Cronbach alfa katsayısının yüksek olması, ölçeğin maddelerinin homojen olduğunu ve ölçümde güvenilir bir yapıya sahip olduğunu göstermektedir. Literatürde Cronbach alfa katsayısı için 0,80-1,00 aralığı yüksek güvenilirlik, 0,60-0,79 aralığı orta düzey güvenilirlik, 0,40-0,59 aralığı düşük güvenilirlik ve 0,00-0,39 aralığı güvenilirlik açısından yetersiz olarak değerlendirilmektedir (Öner, 2003; Alpar, 2022).

Güvenirliğin diğer bir boyutu olan eşdeğer yarılar yöntemi, ölçeğin ikiye bölünerek aynı gruba uygulanması ve iki yarının korelasyonunun hesaplanması esasına dayanır. Korelasyonun yüksek çıkması, ölçeğin iç tutarlılığına işaret eder (Erefe, 2005; Şencan, 2005; Esin, 2014). Eşdeğer yarılar yöntemi kapsamında, Spearman-Brown katsayısı ve Guttman-Split-Half katsayısı kullanılmıştır. Spearman-Brown katsayısı, bir testin uzunluğunda değişiklik yapıldığında güvenilirliği değerlendirmek için uygulanmaktadır (Eisinga vd., 2013). Guttman-Split-Half katsayısı ise iki form arasında eşit varyans gerektirmeyen bir adaptasyon olup, iki grubun toplamaları ve ortalamaları arasındaki kovaryansı temel alır ve Cronbach alfa formülü kullanılarak hesaplanır (Osburn, 2000).

3.9. Verilerin Analizi

Bu çalışmada elde edilen verilerin analizi için IBM SPSS Version 23.0 ve Amos Version 24.0 yazılımları kullanılmıştır. Sosyodemografik özelliklerin incelenmesinde yüzde (%), frekans (n), ortalama (Ort) ve standart sapma (SS) gibi tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır. Veri setinin normal dağılıma uygunluğu, çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenerek değerlendirilmiştir. Ölçeğin faktör yapısını doğrulamak için DFA’da uygulanmıştır. Modelin uyum iyiliğini test etmek için χ^2/df , GFI, AGFI, RMSEA, CFI ve SRMR uyum indeksleri kullanılmıştır. Yapısal geçerlilik kriterleri AVE ve CR değerlerine göre incelenmiştir. Ölçeğin ölçüt geçerliliği, eş zamanlı geçerlik yöntemi ile değerlendirilmiştir. Bu kapsamda, Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimi Değerlendirme Ölçeği ile Aile APGAR Ölçeği, BAKAS Bakım Etki Ölçeği ve Aile İklimi Ölçeği arasında Pearson korelasyon analizi yapılarak ölçüt geçerliliği test edilmiştir. Ölçeğin güvenilirliği, iç tutarlılık katsayısı ve eşdeğer yarılar yöntemi ile analiz edilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığını ve maddeler arası korelasyonu değerlendirmek için Cronbach alfa katsayısı ve madde toplam korelasyonu değerlendirilmiştir. Cronbach alfa katsayısının 0,70’in üzerinde olması

durumunda, ölçeğin yüksek güvenilirliğe sahip olduğu kabul edilmiştir. Eşdeğer yarılar yöntemi ile Spearman-Brown Katsayısı ve Guttman-Split-Half Katsayısı kullanılarak ölçeğin güvenilirliği doğrulanmıştır. Analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, yalnızca Aksaray ili sınırları içerisinde, Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Bakım Birimi'nde takip edilen kronik hastalığa sahip bireylere bakım verenlerle gerçekleştirilmiştir. Bu durum, elde edilen sonuçların genellenebilirliğini sınırlayabilir, çünkü araştırma, farklı coğrafi bölgelerde, kültürel ve sosyoekonomik özelliklere sahip bakım verenlerin deneyimlerini kapsamamaktadır. Katılımcıların gönüllülük esasına dayanarak çalışmaya dahil edilmesi, çalışma sonuçlarının sadece bu grubun özelliklerini yansıtmaya neden olmuş olabilir. Bunun yanı sıra, verilerin toplanmasında kullanılan ölçeklerin öz-bildirim temelli olması, katılımcıların yanıtlarında yanlılık olasılığını artırmış olabilir.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırma, Helsinki Deklarasyonu'nda belirtilen etik ilkeler doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. Katılımcı haklarının korunması ve araştırmanın etik kurallara uygun olarak yürütülmesi amacıyla gerekli tüm yasal izinler alınmıştır. Ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması için ölçeğin yazarları ile e-posta yolu ile iletişim kurulmuş ve uyarlama süreci için gerekli izinler alınmıştır (EK-7). Araştırmaya başlamadan önce, Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (EK-8, 09.11.2023 tarih ve 102-SBKA EK sayılı yazı). Ayrıca, çalışma kapsamında bakım verenlerle veri toplayabilmek için Aksaray Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden resmi izin alınmıştır (EK-9, 17.11.2023 tarih ve E-23240534-771-229548816 sayılı yazı). Katılımcıların araştırmaya katılımı gönüllülük esasına dayandırılmış ve her bir katılımcıdan Aydınlatılmış Onam Formu (EK-10) ile yazılı onay alınmıştır. Araştırmanın amacı katılımcılara detaylı bir şekilde yazılı ve sözlü olarak açıklanmış, veri toplama sürecinde etik ilkelere, gizlilik ve mahremiyet kurallarına tam uyum sağlanmıştır. Tüm süreçlerde katılımcıların haklarına ve araştırmanın şeffaflığına özen gösterilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri

Çizelge 4.1’de, bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular sunulmaktadır. Buna göre katılımcıların yaş ortalaması $52,45 \pm 11,25$ olup, %83,4’ü kadın ve %16,6’sı erkektir. Katılımcıların %92,8’i evli iken, %7,2’si bekdir. Katılımcıların %95,1’i il merkezinde, %2,7’si köyde ve %2,2’si ilçede yaşamaktadır. Eğitim durumları incelendiğinde, %36,3’ünün okur-yazar, %31,8’inin ilköğretim, %20,2’sinin lise ve %11,7’sinin üniversite veya üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin, yalnızca %10,8’i çalışmakta olup %89,2’sinin gelirinin giderlerinden az olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler		Toplam (n=223)	
		n	%
Yaş (ort±ss)		52,45±11,25	
Cinsiyet	Kadın	186	83,4
	Erkek	37	16,6
Medeni durum	Evli	207	92,8
	Bekar	16	7,2
Yaşadığı yer	İl	212	95,1
	İlçe	5	2,2
	Köy	6	2,7
Eğitim	Okur-yazar	81	36,3
	İlköğretim	71	31,8
	Lise	45	20,2
	Üniversite ve üzeri	26	11,7
Çalışma durumu	Çalışıyor	24	10,8
	Çalışmıyor	199	89,2
Gelir durumu	Geliri giderden az	198	88,8
	Geliri gidere denk	25	11,2
	Geliri giderden fazla	-	-

4.2. Bakım Verilen Bireye ve Bakım Verenlerin Bakım Verme Durumlarına İlişkin Özellikler

Çizelge 4.2’de bakım verilen bireye ve bakım alma bakım alma durumlarına ilişkin özellikleri yer almaktadır. Bakım verenlerin bakım verdikleri kişilerle olan yakınlık dereceleri incelendiğinde, en yüksek oranı %39,5 ile bakım alan bireylerin çocukları

oluştururken, %26,9'u eşleri ve %29,4'ü ise diğer yakınlık derecelerine sahip aile bireylerdir. Bakım verilen bireylerde en yaygın kronik hastalık hipertansiyon olup, diyabet (%58,3), koroner arter hastalığı (KAH) (%25,1), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) (%22,0) ve Alzheimer/Demens (%16,1) sıklıkla belirtilen diğer hastalıklardır. Bakım verenlerin %56,5'ine bakım verilen bireylerin bakımında başka biri yardımcı olmaktadır. Bakım alan bireylerin ortalama $3,77 \pm 2,71$ yıldır bakıma ihtiyaç duyduğu, bakım verenlerin ise ortalama $3,08 \pm 2,51$ yıldır bakım verdikleri tespit edilmiştir

Çizelge 4.2. Bakım verilen bireye ve bakım alma durumlarına ilişkin özellikler

Bakım verilen bireye ve bakım alma durumlarına ilişkin özellikler		Toplam (n=223)	
		n	%
Bakım verdiği bireye yakınlık derecesi	Çocuğuyum	88	39,5
	Eşiyim	60	26,9
	Annesiyim/babasıyım	8	3,5
	Diğer **	67	29,4
Bakım verilen bireyin kronik hastalıkları*	Hipertansiyon	168	75,3
	Diyabet	130	58,3
	KAH	56	25,1
	KOAH	49	22,0
	Alzheimer/Demens	36	16,1
	Kanser	24	10,8
	SVO	19	8,5
	KBY	11	4,9
	Parkinson	12	5,4
	MS	7	3,1
Bakıma yardımcı olan biri var mı?	Epilepsi	5	2,2
	Evet	126	56,5
	Hayır	97	43,5
Bakım alan bireyin bakıma ihtiyaç duyma süresi (yıl) (ort±ss)		3,77±2,71	
Bakım veren birey bakım verme süresi (ort±ss)		3,08±2,51	

* Birden çok seçenek işaretlenmiştir. ** Kardeş, gelin ve torun

4.3. Ölçeğin Geçerlilik Analizi Bulguları

Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği'nin geçerliğine ilişkin bulgular aşağıda yer almaktadır.

4.3.1. Ölçeğin kapsam geçerliğine ilişkin bulgular

Çizelge 4.3'te ölçeğin kapsam geçerliğine ilişkin sonuçlar yer almaktadır. Uzmanlık alanı hemşirelik olan 5 doçent ve 6 doktor öğretim üyesi olmak üzere toplamda 11 uzmandan ölçeğe ilişkin görüşleri alınmıştır. Davis tekniğine göre yapılan değerlendirmede ölçekte yer alan maddelerin kapsam geçerlik indekslerinin 0,72 ile 1,0 arasında değiştiği belirlenmiştir. Ölçeğin geneli için kapsam geçerliği indeksi 0,91 olarak hesaplanmıştır. Madde 7 0,72 puan ile kabul edilen değerin altında kapsam geçerliliği göstermiştir. Madde 7 için orijinal ölçek göz önünde bulundurularak uzman önerileri değerlendirilmiştir. Madde içeriği orijinal ölçekle uyumlu olacak şekilde önerilen düzenlemeler yapılarak muhafaza edilmiştir.

Çizelge 4.3. Kronik hastalıklarda aile içi bakım verenlerin iletişimini değerlendirme ölçeğinin kapsam geçerliliğine ilişkin sonuçları (n=11)

Madde Numarası	Uygun değil	Kısmen uygun, düzenleme gerekli	Uygun, fakat küçük düzenlemeler yapılabilir	Çok uygun	Madde KGİ
M1		1	2	8	0,90
M2		1	3	7	0,90
M3			3	8	1,00
M4		1	2	8	0,90
M5		1	4	6	0,90
M6			1	10	0,90
M7		3	3	5	0,72
M8			2	9	1,00
M9		1	3	7	0,90
M10			2	9	1,00
Ölçek Toplam KGİ					0,91

4.3.2. Kronik hastalıklarda aile içi bakım verenlerin iletişimini değerlendirme ölçeği madde frekans dağılımı

Çizelge 4.4'te Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği'nin maddelerinin frekans ve dağılımı yer almaktadır. Buna göre bakım verenlerin %68,6'sı sık sık aile üyeleriyle hastasının/yakınının hastalığı hakkında konuşmakta, %66,8'i tıbbi randevu sonrası detayları paylaşmakta ve %68,2'si aile üyelerinden hastalıkla ilgili sorular almaktadır. Aile üyelerinin %65,0'ı gelecekteki bakım planlamasını konuşurken, %68,2'si tedavi sonuçsuz kalırsa olabilecekleri

tartışmaktadır. Bununla birlikte, bakım verenlerin yalnızca %6,3'ü bakım uygulamaları için onay alma ihtiyacı hissederken, %80,7'si bakım kararlarının fazla zaman harcanmadan alındığını belirtmiştir. %46,2 oranında aile üyeleri bakım kalitesiyle ilgili düşüncelerini gizlemekte, %44,8'i hasta/yakınına hasta değilmiş gibi davranmaktadır.

Çizelge 4.4. Kronik hastalıklarda aile içi bakım verenlerin iletişimini değerlendirme ölçeğinin maddelerinin frekans ve dağılımı (n=223)

Maddeler	Sıklıkla		Ara sıra		Nadiren		Çok nadiren		Asla	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Aile üyeleri ile hastamızın / yakınımızın hastalığı ile ilgili konuşurum.	153	68,6	15	6,7	9	4,0	30	13,5	16	7,2
2. Tıbbi bir randevunun ardından ziyaretin ayrıntılarını paylaşmak için aile üyeleriyle iletişime geçerim.	149	66,8	20	9,0	6	2,7	18	8,1	30	13,5
3. Aile üyeleri bana hastamızın / yakınımızın hastalığı ile ilgili sorular sorarlar.	152	68,2	16	7,2	6	2,7	23	10,3	26	11,7
4. Aile üyeleri ile hastamızın / yakınımızın gelecekteki bakımının planlaması ile ilgili konuşuruz.	145	65,0	20	9,0	4	1,8	14	6,3	40	17,9
5. Aile üyeleri ile hastamıza / yakınımıza uygulanan tedavi işe yaramazsa neler olabileceğini konuşuruz.	152	68,2	13	5,8	5	2,2	17	7,6	36	6,1
6. Bakım uygulamalarım konusunda aile üyelerinden onay almaya ihtiyaç duyarım.	14	6,3	70	31,4	57	25,6	31	13,9	51	22,9
7. Ailem, bakım kararlarını seçenekler hakkında konuşmaya çok fazla zaman harcamadan alır.	180	80,7	11	4,9	15	6,7	2	0,9	15	6,7
8. Ailemin sağlık hizmetlerine ilişkin inançlarını benimsemek konusunda baskı hissedirim.	0	0,0	16	7,2	61	27,4	57	25,6	89	39,9
9. Ailem hastamıza / yakınımıza vermiş olduğum bakımın kalitesi hakkındaki düşüncelerini gizler.	103	46,2	3	1,3	4	1,8	2	0,9	111	49,8
10. Ailem hastamız / yakınımız sanki hasta değilmiş gibi davranmaya çalışır.	100	44,8	5	2,2	3	1,3	4	1,8	111	49,8

4.3.3. Ölçeğin yapı geçerliğine ilişkin bulgular

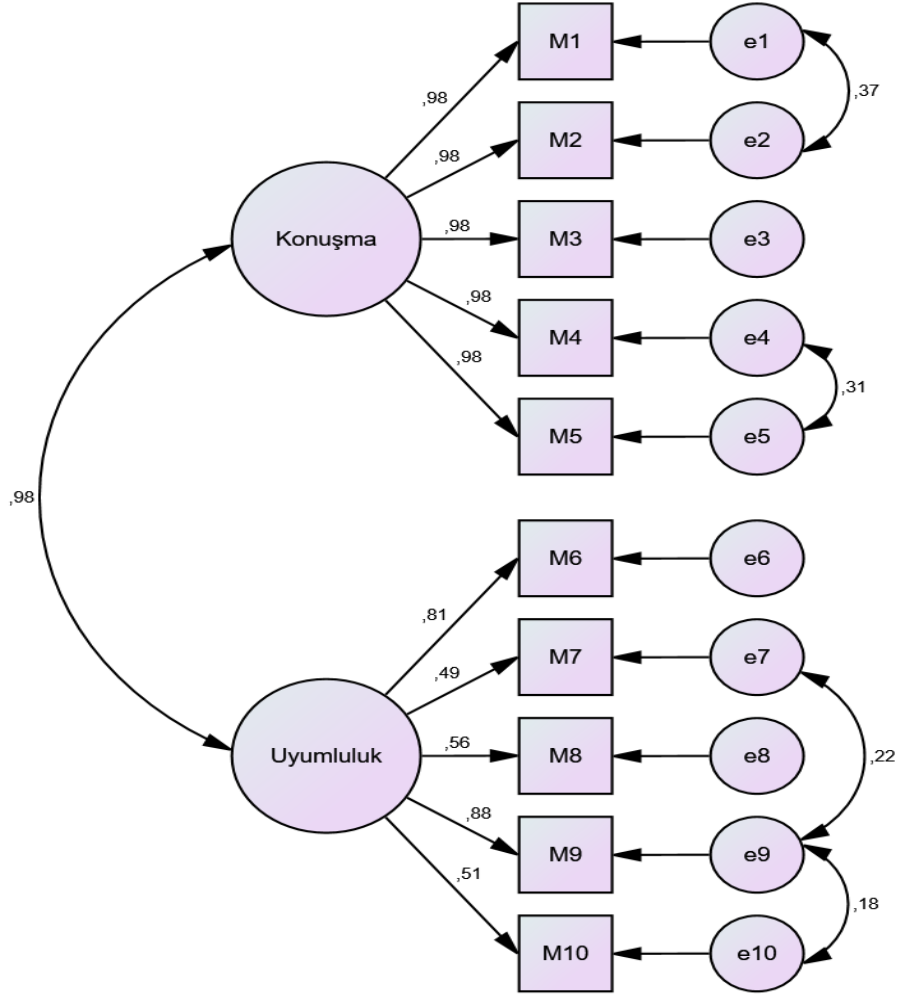
Çizelge 4.5'te Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği için yapılan doğrulayıcı faktör analizinde hesaplanan uyum indekslerini ve bu indekslerin referans değerlerini sunmaktadır. Tabloya göre χ^2/df (1,926), AGFI (0,915), GFI (0,954), CFI (0,99) ve SRMR (0,018) değerlerinin referans değerlerine göre mükemmel uyum aralığında olduğu belirlenmiştir. RMSEA (0,065) değeri ise kabul edilebilir uyum sınırları içerisinde yer almaktadır. Bu sonuçlar, modelin doğrulayıcı faktör analizinde oldukça iyi uyum gösterdiğini ve ölçeğin yapısal geçerliliğinin yüksek olduğunu desteklemektedir.

Çizelge 4.5. Kronik hastalıklarda aile içi bakım verenlerin iletişimini değerlendirme ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizinde hesaplanan uyum indeksleri ve referans değerleri

Uyum İndeksleri	Mükemmel Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri	Hesaplanan değerler	Uyum düzeyi
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 2$	$2 < \chi^2/df \leq 3$	1,926	Mükemmel Uyum
AGFI	$0,90 \leq AGFI \leq 1,00$	$0,85 \leq AGFI < 0,90$	0,915	Mükemmel Uyum
GFI	$0,95 \leq GFI \leq 1,00$	$0,90 \leq GFI < 0,95$	0,954	Mükemmel Uyum
CFI	$0,95 \leq CFI \leq 1,00$	$0,90 \leq CFI < 0,95$	0,99	Mükemmel Uyum
RMSEA	$0,00 \leq RMSEA \leq 0,05$	$0,05 \leq RMSEA < 0,08$	0,065	Kabul Edilebilir Uyum
SRMR	$0,00 \leq SRMR \leq 0,05$	$0,05 \leq SRMR < 0,10$	0,018	Mükemmel Uyum

Şekil 4.1'de Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği için yapılan doğrulayıcı faktör analizine ait model ve madde yükleri sunulmuştur. Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği'nin iki alt boyutlu yapısı doğrulanmıştır. Konuşma alt boyutundaki 5 madde, oldukça yüksek faktör yükleriyle yapıyı güçlü bir şekilde temsil etmektedir. Uyumluluk alt boyutunda ise düşük faktör yüklerine sahip bazı maddeler (M7 ve M10) olduğu belirlenmiştir. İki

boyut arasında gözlenen 0,98’lik güçlü korelasyon, alt boyutların birbiriyle ilişkisinin yüksek olduğunu ortaya koymuştur.



Şekil 4.1. Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği Standardize Edilmiş Yol Katsayıları ile Doğrulayıcı Faktör Analizi (n=223).

Çizelge 4.6’da Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği’nin Doğrulayıcı Faktör Analizi ait bulgular yer almaktadır. Ölçeğin tüm maddeler için faktör yüklerinin 0,492 ile 0,984 arasında değiştiği ve bu değerlerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Faktörlerin AVE katsayılarının konuşma için 0,960, uyumluluk için 0,450 ve ölçeğin geneli için 0,705 olarak belirlenmiştir. Konuşma boyutunun AVE katsayısının yüksek, uyumluluk boyutunun ise düşük bulunması, konuşma boyutundaki maddelerin yapıyı güçlü bir

şekilde temsil ettiğini, uyumluluk boyutunda ise yakınsak geçerliliğin iyileştirilmesi gerektiğini işaret ederken, ölçeğin genel anlamda yakınsak geçerlik kriterini karşıladığını ve kabul edilebilir düzeyde bir yapı geçerliliği sunduğunu göstermektedir.

Çizelge 4.6. Kronik hastalıklarda aile içi bakım verenlerin iletişimini değerlendirme ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi ait bulgular (n=223)

Faktör	Madde	Faktör yükü	p değeri	AVE	CR
Konuşma	Madde 1	0,979	<0,001	0,960	0,991
	Madde 2	0,982	<0,001		
	Madde 3	0,984	<0,001		
	Madde 4	0,976	<0,001		
	Madde 5	0,981	<0,001		
Uyumluluk	Madde 6	0,807	<0,001	0,450	0,795
	Madde 7	0,492	<0,001		
	Madde 8	0,560	<0,001		
	Madde 9	0,883	<0,001		
	Madde 10	0,515	<0,001		
Ölçek Geneli				0,705	0,957

4.3.4. Ölçeğin ölçüt geçerliğine ilişkin bulgular

Çizelge 4.7’de Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği’nin ölçüt geçerliği sonuçları yer almaktadır. Ölçeğin konuşma alt boyutuyla Aile APGAR Ölçeği arasındaki korelasyon 0.949, uyumluluk alt boyutuyla ise 0,824 olarak belirlenmiş ve her iki ilişki $p<0,001$ ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç, aile içi konuşma ve uyumluluk arttıkça aile işlevselliğinden duyulan memnuniyetin yükseldiğini göstermektedir. Konuşma alt boyutuyla BAKAS Bakım Etki Ölçeği arasındaki korelasyon 0,917, Uyumluluk alt boyutuyla ise 0,786 olarak tespit edilmiş ve $p<0,001$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durum, aile içi konuşma ve uyumluluk arttıkça bakım verenlerin ailelerinin yaşantılarındaki değişikliklerin olumlu yönde geliştiğini ortaya koymaktadır. Aile İklimi Ölçeği’nin aile içi ilişkisellik alt boyutuyla konuşma alt

boyutunun korelasyonu 0,966, uyumluluk alt boyutunun korelasyonu ise 0,856 olarak bulunmuş ve $p<0,001$ ile anlamlılık sağlanmıştır. Bu sonuçlar, aile içi iletişim arttıkça aile içi ilişkiselliğin arttığını göstermektedir. Kuşaklar arası otorite alt boyutuyla konuşma boyutu arasında -0,862, uyumluluk boyutu arasında ise -0,754 korelasyon bulunmuş ve her iki ilişki de $p<0,001$ ile istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir. Bu bulgu, konuşma ve uyumluluk arttıkça kuşaklar arası otoritenin azaldığını ifade etmektedir. bilişsel uyum alt boyutuyla konuşma boyutunun korelasyonu 0,930, uyumluluk boyutunun korelasyonu ise 0,838 olarak belirlenmiş ve $p<0,001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Bu, konuşma ve uyumluluk arttıkça bilişsel uyumun arttığını göstermektedir. Bu bulgular, Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği'nin yüksek ölçüt geçerliğine sahip olduğunu ve aile içi iletişim ile ilgili diğer ölçeklerle anlamlı ilişkiler sunduğunu göstermektedir.

Çizelge 4.7. Kronik hastalıklarda aile içi bakım verenlerin iletişimini değerlendirme ölçeği'nin ölçüt geçerliği sonuçları (n=223)

Ölçekler	Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği			
	Konuşma		Uyumluluk	
	r	p	r	p
Aile APGAR Ölçeği	0,949	<0,001	0,824	<0,001
BAKAS Bakım Etki Ölçeği	0,917	<0,001	0,786	<0,001
Aile İklimi Ölçeği				
Aile içi ilişkisellik	0,966	<0,001	0,856	<0,001
Kuşaklar arası otorite	-0,862	<0,001	-0,754	<0,001
Bilişsel uyum	0,930	<0,001	0,838	<0,001

4.4. Ölçeğin Güvenirlik Analizine İlişkin Bulgular

4.4.1. Ölçeğin iç tutarlık güvenirliği

Çizelge 4.8'de Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği'nin madde-toplam korelasyonları, Cronbach alfa değerleri sonuçları yer almaktadır. Ölçeğin konuşma alt boyutuna ait maddelerin madde-toplam korelasyonlarının oldukça yüksek olduğu görülmüştür. En yüksek korelasyon değeri

0,979 ile "Tıbbi bir randevunun ardından ziyaretin ayrıntılarını paylaşmak için aile üyeleriyle iletişime geçerim" maddesine aittir. Bunu 0,977 ile "Aile üyeleri ile hastamızın/yakınımızın hastalığı ile ilgili konuşurum" ve "Aile üyeleri ile hastamıza/yakınımıza uygulanan tedavi işe yaramazsa neler olabileceğini konuşuruz" maddeleri takip etmektedir. Alt boyut genelinde Cronbach alfa katsayısı 0,992, olarak hesaplanmıştır. Bu alt boyutun oldukça yüksek bir güvenirliğe sahip olduğu belirlenmiştir.

Uyumluluk alt boyutuna ilişkin maddeler arasında ise en yüksek madde-toplam korelasyon değeri 0,775 ile "Ailem hastamıza/yakınımıza vermiş olduğum bakımın kalitesi hakkındaki düşüncelerini gizler" maddesinde gözlemlenmiştir. En düşük korelasyon değeri ise 0,492 ile "Ailem, bakım kararlarını seçenekler hakkında konuşmaya çok fazla zaman harcamadan alır" maddesine aittir. Alt boyutun genel Cronbach alfa katsayısı 0,804 olarak belirlenmiştir. Bu değerler, uyumluluk alt boyutunun yüksek güvenirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin genel Cronbach alfa değeri 0,957 olarak hesaplanmış ve ölçek geneli için yüksek bir güvenirlik düzeyi sağlandığı belirlenmiştir. Bulgular, ölçeğin genel olarak yüksek iç tutarlılığa sahip olduğunu ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılabileceğini göstermektedir.

Çizelge 4.8. Kronik hastalıklarda aile içi bakım verenlerin iletişimini değerlendirme ölçeği'nin madde toplam korelasyon ve iç tutarlılık güvenilirliği sonuçları (n = 223)

Alt Boyutlar/Maddeler	Madde- Toplam korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach alfa	Cronbach alfa
Konuşma			
1. Aile üyeleri ile hastamızın / yakınımızın hastalığı ile ilgili konuşurum.	0,977	0,990	0,992
2. Tıbbi bir randevunun ardından ziyaretin ayrıntılarını paylaşmak için aile üyeleriyle iletişime geçerim.	0,979	0,989	
3. Aile üyeleri bana hastamızın / yakınımızın hastalığı ile ilgili sorular sorarlar.	0,977	0,989	
4. Aile üyeleri ile hastamızın / yakınımızın gelecekteki bakımının planlaması ile ilgili konuşuruz.	0,974	0,990	
5. Aile üyeleri ile hastamıza / yakınımıza uygulanan tedavi işe yaramazsa neler olabileceğini konuşuruz.	0,977	0,990	
Uyumluluk			
6. Bakım uygulamalarım konusunda aile üyelerinden onay almaya ihtiyaç duyarım.	0,684	0,735	0,804
7. Ailem, bakım kararlarını seçenekler hakkında konuşmaya çok fazla zaman harcamadan alır.	0,492	0,795	
8. Ailemin sağlık hizmetlerine ilişkin inançlarını benimsemek konusunda baskı hissederim.	0,544	0,782	
9. Ailem hastamıza / yakınımıza vermiş olduğum bakımın kalitesi hakkındaki düşüncelerini gizler.	0,775	0,703	
10. Ailem. hastamız/yakınımız sanki hasta değilmiş gibi davranmaya çalışır.	0,503	0,792	
Ölçek Geneli			0,956

4.4.2. Ölçeğin eşdeğer yarılar güvenilirliği

Çizelge 4.9'da Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği'nin eşdeğer yarılar güvenilirlik analizine ilişkin sonuçlar yer almaktadır. Ölçeğin birinci yarısında beş madde bulunmakta olup ortalama puanı

21,00 $\pm$ 6,39 olarak belirlenmiştir. İlk yarının Cronbach alfa değeri 0,938 ile oldukça yüksek bir güvenilirlik sergilemektedir. Ölçeğin ikinci yarısında da beş madde bulunmakta olup ortalama puanı 17,61 $\pm$ 5,27 olarak hesaplanmıştır. İkinci yarının Cronbach alfa değeri ise 0,880 olup yüksek bir güvenilirlik düzeyine işaret etmektedir. İki yarı form arası korelasyon 0,941, Guttman Split-Half katsayısı 0,961 ve Spearman-Brown katsayısı 0,970 olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar, ölçeğin her iki yarısının yüksek iç tutarlılığa sahip olduğunu ve genel olarak güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu ortaya koymaktadır.

Çizelge 4.9. Kronik hastalıklarda aile içi bakım verenlerin iletişimini değerlendirme ölçeği'nin iki yarı güvenilirlik analizi sonuçları (n=223)

	Madde sayısı	Ort$\pm$SS	Cronbach alfa	İki yarı form arası korelasyon	Guttman Split-Half katsayısı	Spearman-Brown
Birinci yarı	5 ^a	21,00 $\pm$ 6,39	0,938	0,941	0,961	0,970
İkinci yarı	5 ^b	17,61 $\pm$ 5,27	0,880			
Ölçek toplam	10	38,61 $\pm$ 11,50	0,969			

^a 1, 3, 5, 7 ve 9. maddeler

^b 2, 4, 6, 8 ve 10.maddeler

5. TARTIŞMA

Kronik hastalıklarda bakım verme süreci, yalnızca fiziksel ihtiyaçların karşılanması değil, aynı zamanda etkili bir iletişim kurmayı da gerektiren karmaşık bir yapıya sahiptir. Bakım verenlerin, bakım alan birey ve diğer aile üyeleriyle olan iletişim dinamikleri, bu sürecin başarısını ve bakımın kalitesini doğrudan etkilemektedir (Fletcher vd., 2012; Goldsmith vd., 2016). Aile içi iletişim tarzlarını anlamak, bakım veren bireylerin duygusal yüklerini hafifletmek, karar verme süreçlerine katkıda bulunmak ve öz bakım ihtiyaçlarını karşılamak açısından oldukça önemlidir (Wittenberg vd., 2017). Bakım verenlerin iletişim düzeyi, hem konuşma hem de uyumluluk boyutlarında farklılık göstermekte ve bu farklılıklar, aile içi hiyerarşi, kültürel değerler ve bireysel özellikler gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (Koerner ve Fitzpatrick, 2002).

Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği, bakım veren bireylerin iletişim dinamiklerini değerlendirmek için etkili bir araç olarak öne çıkmaktadır (Wittenberg vd., 2023). Ölçek, bakım verenin hem bakım alan birey hem de diğer aile üyeleriyle olan iletişim sıklığını, kapsamını ve uygunluğunu ölçerek, bakım sürecindeki iletişim tarzlarını anlamaya olanak sağlamaktadır. Ayrıca ölçek, konuşma ve uyumluluk boyutlarında elde edilen skorlar aracılığıyla, farklı bakım veren türlerini (yönetici, taşıyıcı, ortak ve yalnız bakım veren) sınıflandırarak, iletişimdeki bireysel ve ailesel farklılıkları ortaya koymaktadır (Wittenberg vd., 2017). Ölçeğin Türkçe formunun uyarlanması, bu alandaki boşluğu doldurmayı hedeflemiştir. Elde edilen bulgular, ölçeğin Türk toplumu için kültürel ve yapısal uygunluğunu gösterirken, ölçeğin iyileştirilmesi gereken yönlerini de ortaya koymaktadır.

5.1. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Ölçek Uyarlaması Açısından Tartışılması

Araştırmaya katılan bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri, Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği'nin hedef kitleleriyle büyük ölçüde uyum göstermektedir. Katılımcıların %83,4'ünün kadınlardan oluşması, literatürde bakım verenlerin genellikle kadınlardan oluştuğunu belirten bulgularla örtüşmektedir (Lee ve Tang, 2015; Xiong vd., 2020; Pacheco Barzallo vd.,

2024). Kadınların toplumsal roller ve kültürel normlar nedeniyle bakım verme yükünü daha fazla üstlendikleri bilinmektedir. Ancak, erkek bakım verenlerin düşük oranda temsil edilmesi, ölçeğin bu gruptaki geçerliği açısından sınırlı bir değerlendirme sunmaktadır. Katılımcıların eğitim düzeyine bakıldığında, daha düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin fazla olduğu (%68,1) görülmektedir. Bu durum, yüksek eğitim düzeyine sahip bireyler için ölçeğin geçerliğini sınırlayabilir. Ayrıca bakım verenlerin %39,5'inin bakım verilen bireylerin çocuğu ve %26,9'unun bakım verilen bireylerin eşi olması, aile içi bakım rollerinin genellikle yakın aile üyeleri tarafından üstlenildiğini göstermektedir. Bu dağılım, ölçeğin aile içi iletişimi ölçme amacıyla uyumlu bir hedef popülasyona uygulandığını göstermektedir.

5.2. Kronik Hastalıklarda Aile içi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerliliğine İlişkin Bulgularının Tartışılması

Bu bölümde, Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması sırasında gerçekleştirilen geçerlik analizlerinden elde edilen bulguların tartışılmıştır.

5.2.1. Dil geçerliliğine ilişkin bulguların tartışılması

Ölçek uyarlama çalışmalarında ilk başvuru yöntemlerinden biri olan dil uyarlanmasıdır. Farklı bir dile çevirinin yapılması ölçeğin yapısını değiştirebilmektedir. Bu sebeple ölçek uyarlamasında farkların en aza indirilmesi için ölçek maddelerinin dikkatli bir şekilde incelenmesi, çevirisi yapılan dilde anlamlı olması için gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Dil uyarlanmasında kavramsallaştırma ve anlam farklılıklarının en aza indirilmesi için çeviri-geri çeviri kullanılmaktadır (Öner, 2009; Gözüm ve Aksayan 2003). Bu çalışmada da önerilen bu prosedürler takip edilmiştir. Ölçek dil uyarlaması için İngiliz dili eğitimi alanında uzman iki akademisyen ölçeği İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Ölçeğin her iki çevirisi değerlendirilerek birleştirilmiş ve ölçeğin ilk Türkçe sürüm oluşturulmuştur. Bu Türkçe sürüm İngiliz dili eğitimi alanında uzman diğer akademisyen tarafından tekrar İngilizceye çevrilmiştir. Orijinal ölçek ile ve geri çevrilmiş orijinal ölçeğin yazarına gönderilerek tutarlılık değerlendirilmesi yapılmıştır. Ölçeğin orijinal formuna sadık kalınarak gerekli düzenlemeler yapılmış ve ölçeğin dil geçerliliği onaylanmıştır.

5.2.2. Kapsam geçerliliğine ilişkin bulguların tartışılması

Kapsam geçerliliği, bir ölçme aracının amacına uygun olarak ölçülmek istenen kavramın tüm boyutlarını yeterince kapsayıp kapsamadığını değerlendirmek için kritik bir süreçtir (Yeşilyurt ve Çapraz, 2018). Ölçeğin geçerliğinin, bilimsel çalışmaların inandırıcılığı ve genellenebilirliği açısından temel bir gereklilik olduğu göz önüne alındığında, kapsam geçerliği çalışmaları, ölçek geliştirme ve uyarlama sürecinin vazgeçilmez bir parçasıdır (Yıldırım ve Şimşek, 2013). Bu süreçte ölçek maddelerinin, ölçülmek istenen kavramla tutarlı bir şekilde bağlantılı olması sağlanarak, konuyu temsil gücü yüksek ifadeler belirlenir (Yeşilyurt ve Çapraz, 2018). Kapsam geçerliği çalışmalarında genellikle uzman görüşlerinden faydalanılır. Uzman görüşleri, kapsam geçerlilik indeksi hesaplanarak nicel verilere dönüştürülür (Polit ve Beck, 2006). Davis (1992), bir ölçek için kabul edilebilir KGİ alt sınırı olarak 0,8'lik standart bir ölçüt önermiştir. Bu çalışmada, 11 uzmandan alınan görüşlerle ölçeğin genel KGİ değeri 0,91 olarak belirlenmiştir. Bu yüksek değer, ölçeğin kapsam geçerliliğinin güçlü olduğunu göstermektedir. Ölçek maddeleri için KGİ değerlerinin 0,72 ile 1,0 arasında değiştiği belirlenmiş, yalnızca 7. maddenin 0,72 değeriyle kabul edilebilir sınırın altında olduğu görülmüştür. Bu madde, orijinal ölçek ile uyumlu olacak şekilde uzman önerileri doğrultusunda revize edilmiştir. Bu tür revizyonlar, kapsam geçerliliğini artırarak ölçeğin ölçmek istediği yapıya daha iyi hizmet etmesini sağlamaktadır (Almanasreh vd., 2019).

5.2.3. Yapı geçerliliğine ilişkin bulguların tartışılması

Bu çalışmada, Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği'nin yapı geçerliliği, DFA yöntemiyle değerlendirilmiştir. Ölçeğin orijinal yapısının iki alt boyut (Konuşma ve Uyumluluk) içerdiği varsayımı test edilmiş ve elde edilen bulgular bu iki boyutlu yapıyı desteklemiştir. Doğrulamalı Faktör Analizi sonuçlarına göre, modelin uyum iyiliği ölçütlerinden biri olan χ^2/df değerinin 1,926 olması, modelin mükemmel uyum düzeyinde olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, GFI 0,954, AGFI 0,915 ve CFI 0,99 değerleriyle modelin, teorik yapıya çok iyi bir şekilde uyum sağladığını ortaya koymaktadır. Ayrıca SRMR değeri 0,018 ile mükemmel uyum aralığında yer alırken, RMSEA değeri 0,065 ile kabul edilebilir uyum sınırları içerisinde bulunmuştur. Bu değerlerin literatürde belirtilen sınır değerler içerisinde olması, modelin genel uyum iyiliğini yüksek

olduğunu göstermektedir (Kline, 2011; Tabachnick ve Fidell, 2015; Hooper vd., 2008).

Faktör yükleri incelendiğinde, konuşma alt boyutundaki tüm maddelerinin 0,98 faktör yükü ile oldukça yüksek değerlere sahip olduğu görülmektedir. Bu durum, Konuşma boyutundaki maddelerin yapıyı güçlü bir şekilde temsil ettiğini ve yüksek bir yakınsak geçerlik sağladığını göstermektedir. Konuşma alt boyutunun AVE değeri 0,960 olarak hesaplanmış, bu da bu boyuttaki maddelerin yeterli açıklayıcılığa sahip olduğunu ortaya koymaktadır (Fornell ve Larcker, 1981).

Uyumluluk alt boyutunda, faktör yüklerinin diğer alt boyuta kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir. Özellikle Madde 7 (0,49) ve Madde 10 (0,51) için faktör yükleri diğer ölçek maddelerine kıyasla daha düşük düzeylerde bulunmuştur. Literatürde, bir maddeyi iyi bir şekilde temsil eden faktör yükleri için önerilen minimum sınır değerlerinin 0,40 ile 0,70 arasında değiştiği ifade edilmektedir (Matsunaga, 2010). Bu bağlamda, Madde 7 ve Madde 10'un faktör yüklerinin literatürde önerilen alt sınır değerini karşıladığı söylenebilir. Ancak bu durum uyumluluk alt boyutunun yapıyı daha zayıf bir şekilde temsil ettiğini göstermektedir. Ayrıca, uyumluluk alt boyutunun Ortalama Açıklanan Varyans (AVE) değeri 0,450 olarak hesaplanmıştır. Bu değer, bu alt boyutun yeterli bir yakınsak geçerlilik düzeyine ulaşamadığını ifade etmektedir. Literatürde kabul edilebilir bir yakınsak geçerlilik düzeyini göstermek için AVE değerinin 0,5'ten düşük olmaması önerilmektedir. Bu değer gizli yapının gösterge varyansının en az %50'sini açıkladığı anlamına gelmektedir (Fornell ve Larcker, 1981). Bulgular bu boyutun açıklayıcılığını artırmak ve genel yapı geçerliliğini güçlendirmek için, düşük faktör yüküne sahip maddelerin yeniden değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir (Kline, 2011; Bandalos ve Finney, 2018).

Modelde, Konuşma ve Uyumluluk alt boyutları arasındaki 0,98'lik korelasyon, bu iki boyutun birbirleriyle oldukça güçlü bir ilişki içinde olduğunu göstermektedir. Ancak bu yüksek korelasyon, boyutların birbiriyle tamamen bağımsız olmadığını ve ölçtükleri yapıların belirgin bir şekilde ayrıştırılmasını zorlaştırabileceğini düşündürmektedir. Literatüre göre, iki alt boyut arasındaki korelasyonun 0,90'nın altında olması ayırıcı geçerlilik için bir ölçüt olarak kabul edilmektedir (Cheung vd., 2024). Bu bulgular ışığında, iki alt boyut arasındaki 0,98'lik korelasyon, ölçeğin ayırıcı geçerliliği açısından bazı sınırlılıkların olduğuna işaret etmektedir.

Sonuç olarak, bulgular Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği'nin yapı geçerliliğini genel anlamda desteklemektedir. Konuşma alt boyutunun güçlü bir yapı sunduğu, ancak Uyumluluk alt boyutunun yakınsak geçerlik açısından iyileştirilmesi gerektiği anlaşılmaktadır.

5.2.4. Ölçeğin ölçüt geçerliliğine ilişkin bulgularının tartışılması

Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği'nin ölçüt geçerliliği, güvenirliği ve geçerliği kanıtlanmış üç farklı ölçekle (Aile APGAR Ölçeği, BAKAS Bakım Etki Ölçeği ve Aile İklimi Ölçeği) yapılan eş zamanlı geçerlik analizi ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin alt boyutlarının, bu ölçeklerle anlamlı ve yüksek düzeyde korelasyonlar sunması, ölçeğin ölçmeyi amaçladığı kavramla uyumlu olduğunu ve bu kavramları başarıyla temsil ettiğini göstermektedir (Cohen ve Swerdlik, 2005; Horstmann vd., 2019).

Konuşma alt boyutunun Aile APGAR Ölçeği ile 0,949'luk korelasyonunun, uyumluluk alt boyutunun ise 0,824'lük korelasyonunun anlamlı bulunması, aile içi konuşma ve uyumluluğun aile işlevselliğiyle güçlü bir ilişkiye sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Bu, aile içi işlevselliğin iletişim kalitesiyle doğrudan bağlantılı olduğu yönündeki literatürü desteklemektedir (Koerner ve Fitzpatrick, 2002). Benzer şekilde, konuşma ve uyumluluk alt boyutlarının BAKAS Bakım Etki Ölçeği ile sırasıyla 0,917 ve 0,786 oranlarında anlamlı korelasyon göstermesi, aile içi iletişimin, bakım verenlerin yaşantılarındaki değişimlerin olumlu yönde gelişimine katkı sağladığını göstermektedir. Literatürde, aile içi iletişimin, bakım verenlerin psikolojik ve duygusal iyilik hali üzerinde olumlu etkiler yarattığı vurgulanmaktadır (Zadhasan, 2023).

Aile İklimi Ölçeği'nin aile içi ilişkisellik alt boyutuyla konuşma boyutunun 0,966 ve uyumluluk boyutunun 0,856 oranındaki anlamlı korelasyonu, aile içi iletişimin, aile içindeki ilişkisellik seviyesini artırdığını ortaya koymaktadır. Buna ek olarak, kuşaklar arası otorite alt boyutuyla konuşma boyutu arasında -0,862, uyumluluk boyutu arasında -0,754 korelasyon bulunması, aile içi konuşma ve uyumluluğun, otoriter yaklaşımları azalttığını göstermektedir. Bu bulgu, iletişim becerilerinin ve aile içi uyumluluğun artmasının, otorite temelli ilişki dinamiklerinin yerine daha demokratik ve etkileşimsel bir yapı oluşturduğunu desteklemektedir (Gönül vd., 2018).

Son olarak, bilişsel uyum alt boyutuyla konuşma ve uyumluluk boyutlarının sırasıyla 0,930 ve 0,838 oranında korelasyon göstermesi, aile içi iletişimin bilişsel uyumu artırdığını göstermektedir.

Bu bulgular, Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği'nin yüksek ölçüt geçerliğine sahip olduğunu ve aile içi iletişimle ilgili teorik yapıları başarıyla yansıttığını göstermektedir. Ölçeğin diğer ölçeklerle gösterdiği yüksek korelasyonlar, ölçeğin ölçmeyi amaçladığı kavramları geçerli bir şekilde temsil ettiğini ve pratikte kullanılabilirliğinin yüksek olduğunu desteklemektedir (Esin, 2014; Ercan ve Kan, 2004).

5.3. Kronik Hastalıklarda Aile içi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenirliğine İlişkin Bulgularının Tartışılması

5.3.1. Ölçeğin iç tutarlık güvenirliğine ilişkin bulguların tartışılması

Bu çalışmada, Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği'nin iç tutarlılık güvenilirliği, madde-toplam puan korelasyonu ve Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı ile değerlendirilmiştir. Bulgular, ölçeğin genel olarak yüksek bir iç tutarlılığa sahip olduğunu ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılabileceğini göstermektedir.

Madde-toplam puan korelasyonlarının değerlendirilmesi, ölçek maddelerinin genel yapıyla tutarlılığını belirlemek için önemli bir yöntemdir. Bir maddenin toplam puanla anlamlı bir ilişki gösterebilmesi için korelasyon katsayısının en az 0,30 olması gerektiği belirtilmektedir (Sapçı, 2017). Konuşma alt boyutuna ait maddelerin madde-toplam puan korelasyonlarının 0,979 ile 0,974 arasında oldukça yüksek olması, bu alt boyuttaki maddelerin ölçeğin genel yapısını güçlü bir şekilde temsil ettiğini ortaya koymaktadır. Bu yüksek korelasyon değerleri, konuşma alt boyutunun genel yapıyı destekleyen oldukça güçlü bir iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. Uyumluluk alt boyutunda ise madde-toplam korelasyonları genel olarak yüksek bulunmuştur. Bu alt boyutta madde-toplam korelasyon en yüksek 0,775, en düşük 0,492 bulunmuştur. Bu durum, uyumluluk alt boyutunun genel yapıyı desteklediğini ancak bazı maddelerdeki temsil gücünün diğer maddelere göre daha zayıf olduğunu göstermektedir.

Cronbach alfa katsayısı, ölçeğin genel güvenilirliğini ve maddeler arasındaki iç tutarlılığı değerlendirmek için sıklıkla kullanılan bir ölçüttür (Esin, 2014). Literatürde, Cronbach alfa katsayısı 0,80'in üzerinde olan ölçeklerin yüksek güvenilirliğe sahip olduğu kabul edilmektedir (Özdamar, 2018). Konuşma alt boyutunun Cronbach alfa değeri 0,992 olarak bulunmuş ve bu, alt boyutun çok yüksek derecede güvenilir bir yapı sunduğunu göstermektedir. Uyumluluk alt boyutunun Cronbach alfa değeri ise 0,804 olarak hesaplanmış ve bu, alt boyutun yüksek güvenilirlik düzeyinde olduğunu işaret etmektedir. Ölçeğin geneline ait Cronbach alfa değeri ise 0,957 olarak bulunmuş, bu da ölçeğin genel olarak yüksek güvenilirliğe sahip bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, madde-toplam korelasyonlarının yüksek bulunması ve ölçek genelinde yüksek Cronbach alfa değerlerinin elde edilmesi, Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği'nin güçlü bir iç tutarlılığa sahip olduğunu ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılabileceğini göstermektedir.

5.3.2. Ölçeğin eş değer yarılar güvenilirliğine ilişkin bulguların tartışılması

Eşdeğer yarılar güvenilirliği ölçeğin iç tutarlılığını belirlemek için yaygın olarak kullanılan yöntemlerden biridir. Bu yöntem ölçek maddelerinin iki ayrı gruba bölünerek gruplar arasındaki korelasyonun incelenmesi ile gerçekleştirilir. İki yarı arasındaki yüksek korelasyon katsayısı, ölçeğin tutarlı bir yapıya sahip olduğunu ve maddelerinin ölçmeyi amaçladığı kavramı desteklediğini gösterir (Erefe, 2005; Şencan, 2005; Esin, 2014). Çalışmada, ölçeğin eşdeğer yarılar arasındaki korelasyon katsayısının 0,941, Guttman Split-Half katsayısının 0,961 ve Spearman-Brown katsayısının 0,970 olarak belirlenmesi, ölçeğin iki yarısının yüksek düzeyde tutarlı olduğunu ve ölçüm sonuçlarının güvenilir bir şekilde yorumlanabileceğini göstermektedir. Yüksek korelasyon değerleri, ölçeğin pratikte kullanılabilirliğini desteklemektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma Kronik Hastalıklarda Aile içi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Formunun geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi amacı ile yapılmıştır. Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Katılımcıların yaş ortalaması $52,45 \pm 11,25$, %83,4'ü kadın ve %92,8'i evlidir. %95,1 il merkezinde yaşamaktadır ve %36,3'ü okuryazar düzeyindedir. Katılımcıların %89,2'si çalışmamaktadır ve %88,8'inin geliri giderinden azdır.
- Bakım alan bireylerin %39,5'ine çocukları tarafından, %26,9'u eşleri tarafından bakım sağlanmaktadır. En yaygın kronik hastalıklar hipertansiyon (%75,3) ve diyabet (%58,3) olarak sıralanmıştır. Bakım alan bireylerin ortalama bakıma ihtiyaç duyma süresi $3,77 \pm 2,71$ yıl, bakım verenlerin bakım verme süresi ise $3,08 \pm 2,51$ yıl olarak bulunmuştur.
- Ölçekteki maddelerin kapsam geçerlik indekslerinin 0,72 ile 1,00 arasında değiştiği belirlenmiştir. Ölçeğin geneli için kapsam geçerliği indeksi 0,91 olarak hesaplanmış ve bu değer, ölçeğin genel anlamda kapsam geçerliği açısından yeterli olduğunu göstermiştir. Ancak, Madde 7, 0,72 puan ile kabul edilen sınırın altında bulunmuştur.
- Ölçeğin yapı geçerliği, Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile incelenmiş ve model uyumunun genel olarak mükemmel sınırlar içinde olduğu belirlenmiştir. Analiz sonuçlarına göre χ^2/df değeri 1,926 olarak hesaplanmış ve “mükemmel uyum” düzeyinde bulunmuştur, AGFI değeri 0,915 ile “mükemmel uyum” göstermiştir, GFI değeri 0,954 olarak hesaplanmış ve bu da “mükemmel uyum” düzeyindedir. Aynı zamanda CFI değeri 0,99 ile “mükemmel uyum” sergilemiştir. Ayrıca RMSEA değeri 0,065 olarak bulunmuş ve bu değer “kabul edilebilir uyum” düzeyindedir ve SRMR değeri ise 0,018 olarak hesaplanmış ve “mükemmel uyum” düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, ölçeğin teorik yapıya uygunluğunu ve yüksek model uyumu sergilediğini ortaya koymaktadır.
- Doğrulayıcı faktör analizi ile ölçeğin iki faktörden (Konuşma ve Uyumluluk) oluştuğu doğrulanmıştır. Konuşma faktörüne ait maddelerin faktör yükleri 0,976 ile 0,984 arasında değişerek oldukça yüksek bulunmuş, AVE değeri 0,960 ve CR değeri 0,991 olarak hesaplanmıştır; bu da faktörün güçlü bir yapı sergilediğini göstermektedir. Uyumluluk faktörüne ait maddelerin faktör yükleri 0,492 ile 0,883

arasında değişmiş, AVE değeri 0,450 ve CR değeri 0,795 olarak belirlenmiştir; bu faktörde özellikle Madde 7 (0,492) ve Madde 10 (0,515) daha düşük temsil gücüne sahiptir. Ölçeğin geneli için AVE değeri 0,705, CR değeri ise 0,957 olarak hesaplanmıştır; bu da ölçeğin genel anlamda yüksek geçerlilik ve güvenilirlik düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, Uyumluluk faktöründeki düşük faktör yükleri, Madde 7 ve Madde 10 üzerinde düzenleme veya alternatif geliştirme yapılması gerektiğini göstermiştir.

- Doğrulayıcı Faktör Analizinde Konuşma ve Uyumluluk alt boyutları arasındaki 0,98'lik yüksek korelasyon, bu iki boyutun birbirleriyle oldukça güçlü bir ilişki içinde olduğu belirlenmiştir.
- Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği, ölçüt geçerliği açısından diğer ölçeklerle güçlü ve anlamlı ilişkiler sunmuştur. Aile APGAR ile konuşma alt boyutu arasında ($r = 0,949$) ve uyumluluk alt boyutu arasında ($r = 0,824$) yüksek pozitif korelasyonlar belirlenmiştir. BAKAS Bakım Etki Ölçeği ile konuşma alt boyutu arasında ($r = 0,917$) ve uyumluluk alt boyutu arasında ($r = 0,786$) anlamlı pozitif ilişkiler saptanmıştır. Ayrıca, Aile İklimi Ölçeği ile ilişkisellik alt boyutunda konuşma alt boyutu arasında ($r = 0,966$) ve uyumluluk alt boyutu arasında ($r = 0,856$) güçlü pozitif, kuşaklar arası otorite ile konuşma alt boyutu arasında ($r = -0,862$) ve uyumluluk alt boyutu arasında ($r = -0,754$) negatif korelasyonlar tespit edilmiştir. Bu bulgular, ölçeğin aile içi iletişim süreçlerini kapsamlı ve güvenilir bir şekilde değerlendirebileceğini güçlü bir şekilde desteklediğini göstermiştir.
- Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği'nin madde-toplam korelasyonları ve Cronbach alfa değerleri, ölçeğin güvenilirlik açısından oldukça yüksek bir düzeye sahip olduğunu ortaya koymuştur. Konuşma alt boyutuna ait maddelerin madde-toplam korelasyonlarının oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutun genel Cronbach alfa katsayısı 0,992 olarak hesaplanmıştır. Uyumluluk alt boyutunda ise en yüksek madde-toplam korelasyon değeri 0,775 olarak tespit edilmiştir. Uyumluluk alt boyutunun genel Cronbach alfa katsayısı 0,804 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin genel Cronbach alfa değeri 0,957 ile oldukça yüksek bir iç tutarlılık sergilediği belirlenmiştir. Bu bulgular, ölçeğin hem konuşma hem de uyumluluk alt boyutlarıyla kronik hastalıklarda aile içi iletişim süreçlerini değerlendirmek için güvenilir bir araç olduğunu desteklemektedir.

- Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği'nin eşdeğer yarılar güvenilirlik analizi sonuçları, ölçeğin yüksek bir güvenilirlik düzeyine sahip olduğunu göstermiştir. Birinci yarıda yer alan beş madde için hesaplanan Cronbach alfa değeri 0,938 olarak bulunmuştur. İkinci yarıda bulunan beş madde için Cronbach alfa değeri ise 0,880 olarak tespit edilmiş ve bu yarının da yüksek bir güvenilirliğe sahip olduğu belirlenmiştir. İki yarı form arasındaki korelasyonun 0,941, Guttman Split-Half katsayısının 0,961 ve Spearman-Brown katsayısının 0,970 olarak hesaplanmıştır. Bu bulgular ölçeğin eşdeğer yarıları arasında tutarlı ve güvenilir bir yapı sergilediğini ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak:

- “Kronik Hastalıklarda Aile içi Bakım Verenlerinin İletişimi Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe versiyonu, geçerli ve güvenilir bir ölçek değildir.” şeklinde belirlenen H_0 hipotezi, yapılan analizler sonucunda reddedilmiştir.
- “Kronik Hastalıklarda Aile içi Bakım Verenlerinin İletişimi Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe versiyonu, geçerli ve güvenilir bir ölçektir.” şeklinde belirlenen H_1 hipotezi kabul edilmiştir.

Bu araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Kronik Hastalıklarda Aile içi Bakım Verenlerinin İletişimi Değerlendirme Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğinin farklı sosyoekonomik, demografik ve kültürel gruplarda yeniden değerlendirilmesi,
- Ölçeğin uyumluluk alt boyutundaki düşük faktör yükleri gösteren maddelerinin içeriklerinin gözden geçirilmesi veya alternatif maddelerin geliştirilmesi,
- Ölçeğin, aile içi bakım vericilerin iletişim düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılacak deneysel ve tanımlayıcı çalışmalarda kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Akdemir, N. (2005). Kronik hastalıklar ve sorunları. L. Birol, & N. Akdemir içinde, *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara: Sistem Ofset.
- Akyar, İ., & Akdemir, N. (2009). Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32-49.
- Allender, J., & Spradley, B. (2001). Clients in home health, hospice and long term setting. *Community Health Nursing Concepts and Practice 5th .Ed., Philadelphia, Community Health Nursing Concepts and Practice 5th .Ed., Philadelphia*, 739-53.
- Almanasreh, E., Moles, R., & Chen, T. (2019). Evaluation of methods used for estimating content validity. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 15(2): 214-221.
- Alpar, R. (2022). Faktör analizi. R. Alpar içinde, *Uygulamalı İstatistik ve Geçerlilik Güvernirlik* (s. 620-638). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Awad, A., & Voruganti, L. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmacoeconomics*, 26(2): 149-162.
- Bahar, A., & Parlar, S. (2007). Yaşlılık ve evde bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 33-37.
- Bakas, T. (1994). Bakas caregiving outcomes scale: development and psychometric analysis. *18.th Annual Midwest Nursing Research Society Conference*, Milwaukee.
- Balakumar , P., Khin, M., & Jagadeesh, G. (2016). Prevalence and prevention of cardiovascular disease and diabetes. *Pharmacological Research*, 600-609.
- Bandalos, D., & Finney, S. (2018). Factor analysis: Exploratory and confirmatory. In the reviewer's guide to quantitative methods in the social sciences. *Routledge*, 98-122.
- Bektaş, H., & Ozer, Z. C. (2009). Reliability and validity of the caregiver quality of life index-cancer (cqolc) scale in turkish cancer caregivers. *Journal Of Clinical Nursing*, 18(21): 3003-3012 Doi: 10.1111/J.1365-2702.2009.02915.X.
- Bevan, J., Urbanovich, T., & Vahid, M. (2019). Family communication patterns, received social support, and perceived quality of care in the family caregiving context. *Western Journal of Communication*, 85(1), 83–103 <https://doi.org/10.1080/10570314.2019.1686534>.
- Björnberg , A., & Nicholson , N. (2007). The family climate scales-development of a new measure for use in family business research. *Family Business Review*, 229-246.
- Bolen, K. (1986). Sample size and bentler and bonett's nonnormed fit index. *Psychometrika*, 51(3): 375-377.

- Budnick, A., Hering, C., Eggert, S., Teubner, C., Suhr, R., Kuhlmei, A., & Gellert, P. (2021). Informal caregivers during the COVID-19 pandemic perceive additional burden: findings from an ad-hoc survey in Germany. *BMC Health Serv Res*, 353.
- Can, T. (2010). BAKAS Caregiving outcomes scale'in (bakas bakım verme etki ölçeği) türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenirliği. Ankara, Türkiye: YÖK-Doktora Tezi.
- Caughlin , J., Mikucki-Enyart , S., Middleton, A., Stone, A., & Brown, L. (2011). Being open without talking about it: a rhetorical/normative approach to understanding topic avoidance in families after a lung cancer diagnosis. *Communication Monographs*, 78: 409-436.
- Cheung, G., Cooper-Thomas, H., & Lau, R. (2024). Reporting reliability, convergent and discriminant validity with structural equation modeling: A Review and best-practice recommendations. *Asia Pac J Manag*, 41, 745–783 <https://doi.org/10.1007/s10490-023-09871-y>.
- Cohen, R., & Swerdlik, M. (2005). Psychological testing and assessment: An introduction to tests and measurement (6th ed.). *New York McGraw-Hill*.
- Costas-Muniz, R., Sen, R., Leng, J., Aragonés, A., Ramirez, J., & Gany, F. (2013). Cancer stage knowledge and desire for information: mismatch in Latino cancer patients? *J Cancer Educ*, 28:458-465.
- Çapık, C. (2014). Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3): 196-205.
- Çapık, C., Gözümlü, S., & Aksayan, S. (2018). Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: güncellenmiş rehber. *Flornance Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26 (36):199-210.
- Dağdeviren, T. (2017). Bakım verme yükü. *Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Bakım Veren Yakınlarında Bakım Yükünün Değerlendirilmesi (Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi)*. Ankara, Türkiye: YÖk Tez.
- Davis, L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied nursing research*, 5(4), 194-197.
- del-Pino-Casado, R., Priego-Cubero, E., López-Martínez, C., & Orgeta, V. (2021). Subjective caregiver burden and anxiety in informal caregivers: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 16(3), e0247143.
- Demiris, G., Ganz, F., Han, C., Pike, K., Oliver, D., & Washington, K. (2020). Design and preliminary testing of the Caregiver-Centered Communication Questionnaire (CCCQ). *Journal of palliative care*, 35(3), 154-160.
- DeVellis, R. (2014). *Scale development theory and applications*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Diana, R., Nashori, F., Pihasniwati, P., Indranata, A., & Fitri, R. (2023). Forgiveness therapy to improve subjective well-being among families of patients with

chronic illness. *International Journal of Islamic Educational Psychology*, 4(1), 122-135.

Diyabet. (2022, 09 28). Sağlık Bakanlığı: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Diyabet/tip-1-diyabet/Diyabet-Nedir.pdf> adresinden alındı

Duru Aşiret, G. (2011). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. *İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü (Yüksek Lisans Tezi)*. Ankara, Türkiye: YÖK-Tez.

Eisinga , R., Te Grotenhuis, M., & Pelzer, B. (2013). The reliability of a two-item scale: Pearson, Cronbach, or Spearman-Brown? . *International journal of public health*, 58(4): 637- 642.

Ekici, B., & Özdemir, S. (2003). Yaşlı bireylerin sağlık ve evde bakım durumlarının değerlendirilmesi. *Hemşirelik Forumu*, 27-36.

Enç, N., & Öz Alkan, H. (2014). Diyabetes mellitus. N. Enç, G. Can, Z. Tülek, H. Uysal, M. Demir, & H. Öz Alkan içinde, *İç Hastalıkları Hemşireliği* (s. 281). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Ercan, İ., & Kan, İ. (2004). Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3): 211-216.

Erefe, İ. (2002). Veri toplama araçlarının niteliği. İ. Erefe içinde, *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri* (s. 169-188). Ankara: Odak Ofset.

Erefe, İ. (2005). Veri toplama araçlarının niteliği. İ. Erefe içinde, *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri* (s. 107-113, 166-196, 381-390). Ankara: Seçkin Yayınevi.

Erşil, S., & Sivrikaya, K. S. (2016). Kronik Hastalıklarda Evde Bakımda Hasta Güvenliği. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(3):413-417.

Esin, N. (2014). Veri toplama yöntem ve araçları - veri toplama araçlarının güvenirlik ve geçerliği. S. Erdoğan, N. Nahçıvan, & N. Esin içinde, *Hemşirelikte Araştırma, Süreç, Uygulama ve Kritik* (s. 193-233). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Fine, A. (2015). *The importance of working with clients with chronic illness*. The New Social Worker: <https://www.socialworker.com/extras/social-work-month-2015/the-importance-of-working-with-clients-with-chronic-illness/> adresinden alındı

Fitzpatrick, M. (2004). Family communication patterns theory: observations on its development and application. *Journal of Family Communication*, 4: 167-179.

Fletcher, B., Miaskowski, C., Given, B., & Schumacher, K. (2012). The cancer family caregiving experience: An updated and expanded conceptual model. *European Journal of Oncology Nursing*, 387-398.

- Formell, C., & Larcker, D. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of marketing research*, 18(1), 39-50.
- François, K., Lobb, E., Barclay, S., & Forbat, L. (2017). The nature of conflict in palliative care: A qualitative exploration of the experiences of staff and family members. *Patient Education and Counseling*, 1459-1465.
- Friedermann, M., & Buckwalter, K. (2014). Family caregiver role and burden related to gender and family relationships. *J Fam Nurs*, 20: 313-336.
- Fu, Y. Y., Tak Chui, E. W., Kan, W. S., & Kol, L. (2018). Improving primary level home and community care services for older people: The case of Hong Kong. *Int J Soc Welfare*, 52-61.
- Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A., & Saltman, R. (2012). *Current structure and future challenges*. Home Care Across Europe: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/327948/9789289002882-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> adresinden alındı
- Goldsmith, D., & Miller, G. (2014). Conceptualizing how couples talk about cancer. *Health Commun*, 29:51-63.
- Goldsmith, J., Wittenberg, E., Platt, C., T.Lannarino, N., & Reno, J. (2016). Family caregiver communication in oncology: advancing a typology. *Psycho-Oncology*, 25:463-470.
- Goldsmith, J., Wittenberg, E., Terui, S., & Kim, H. (2019). Providing Support for Caregiver Communication Burden: Assessing the Plain Language Planner Resource As a Nursing Intervention. *Seminars in Oncology Nursing*, 35:354-358.
- Gönül, B., Baş, H., & Acar, B. (2018). Aile iklimi ölçeği'nin türkçeye uyarlanması ve psikometrik açıdan incelenmesi. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 8(50), 165-200.
- Gözüm, S., & Aksayan, S. (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber ii: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(1):3-14.
- Gözüm, S., & Tan, M. (2003). Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin yaşlı bakımına ilişkin bilgi görüş ve Uygulamaları. *Geriatry*, 14-21.
- Güdük, Ö. (2022). Uzun dönemli bakımda tercihler ve belirleyiciler: formal bakıma karşı informal bakım. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 681-694.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., & Anderson, R. (2009). Multivariate data analysis. New Jersey "Seventh". Prentice Hall, Upper Saddle River.
- Hajek, A., Lehnert, T., Wegener, A., Riedel-Heller, S. G., & König, H. H. (2017). Factors associated with preferences for long-term care settings in old age: evindence from a population-based survey in Germany. *BMC Health Serv. Res*, 1-9.

- Hesse, C., Rauscher, E., Goodman, R., & Couvrette, M. (2017). Reconceptualizing the role of conformity behaviors in family communication patterns theory. *Journal of Family Communication*, 17(4), 319-337.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. (2008). Structural equation modeling: guidelines for determining model fit. *Electron J Bus Res Methods*, 6(1):53–60.
- Horstmann, K., Knaut, M., & Ziegler, M. (2019). Criterion validity. in: zeigler-hill, v., shackelford, t.(eds) encyclopedia of personality and individual differences. *Springer, Cham*, https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_1293-1.
- IDF. (2021). International Diabetes Atlas 10 th Edition Committee: <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/> adresinden alındı
- İrgil, E. (2006). *Kronik hastalıklar epidemiyolojisi*. http://halksagligi.uludag.edu.tr/emel_irgil_3011/kronik_Hast_Epidemiyolojisi.pdf adresinden alındı
- Işık, O., Kandemir, A., Erişen, M., & Fidan, C. (2016). Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 171-186.
- Jones, R. (1996). The association between objective and subjective caregiver burden. *Arch Psychiatric Nurs*, 10(2): 77-84.
- Kara, A., & Bayraktar, M. (2021). Kronik hastalık tanımı. *Kronik Hastalıklara Sahip Olmanın Covid 19'un Morbidite ve Mortalitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması*. YÖK-Uzmanlık Tezi.
- Karahan, A., & Güven, S. (2002). Yaşlılıkta evde bakım. *Turkish Journal of Geriatrics*, 155-159.
- Karaman, S., & Karadakovan, A. (2015). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakıma hazır oluşluk ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(1), 1-10.
- Kasuya, R., Polgar-Bailey, P., & Takeuchi, R. (2000). Caregiver burden and burnout. *Postgraduate Med*, 108(7): 119-123.
- Kılıç Aksa, N., & Taşçı, S. (2005). 65 yaş üstü bireylerde bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14:30-36.
- Kissane, D., McKenzie, M., McKenzie, D., Forbes, A., O'Neill, L., & Bloch, S. (2003). Psychosocial morbidity associated with patterns of family functioning in palliative care: baseline data from the family focused grief therapy controlled trial. *Palliat Med*, 17: 527-537.
- Kline, R. (2011). Principles and practice of structural equation modeling. *New York: The Guilford Press*.
- Koerner, A., & Fitzpatrick, M. (2002). Toward a theory of family communication. *Commun Theory*, 12:70.

- Koerner, A., & Schrod, P. (2014). An introduction to the special issue on family communication patterns theory. *Journal of family communication*, 14(1), 1-15.
- Kol, R., & Yılmaz Karabulutlu, E. (2021). Kronik hastalığı olan bireylere bakım verenlerin bakım yükü ve iyilik halinin değerlendirilmesi. *Kocaeli Med J.*, 119-127.
- Korkmaz, P., Naz, H., Naz, C., & Toka, O. (2018). Evde sağlık hizmetleri tarafından takip edilen hastalarda gelişen infeksiyonlar. *Klinik Dergisi*, 41-45.
- Küçükoglu, Ö. (2004). Bakım verenlerin yükü envanteri'nin türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Bakım Verenlerin Yükü Envanteri'nin Türk Toplumu için Geçerlilik ve Güvenirliliğinin İncelenmesi (Doktora Tezi)*. Ankara, Türkiye: YÖK Tez.
- Lambert, S., Levesque, J., & Girgis, A. (2016). The impact of cancer and chronic conditions on caregivers and family members. Cancer and chronic conditions: Addressing the problem of multimorbidity in cancer patients and survivors. 159-202.
- Lazarus, R. (1991). Emotion and adaptation. *New York: Oxford Univesity Pres.*
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. *New York: Sprinter.*
- Lee, Y., & Tang, F. (2015). More Caregiving, Less Working: Caregiving Roles and Gender Difference. *J Appl Gerontol*, 34(4):465–83.
- Lindt, N., van Berkel, J., & Mulder, B. (2020). Determinants of overburdening among informal carers:a systematic review. *BMC geriatrics*, 20, 1-12.
- Litzelman, K., Kent, E., Mollica, M., & Rowland, J. (2016). How does caregiver well-being relate to pereceived quality of vare in patients with cancer? Exploring associations and pathways. *J Clin Oncol*, 34:3354-3561.
- Lopes, H., Mateus, C., & Rosati, N. (2018). Impact of long term care and mortality risk in community care and nursing homes populations. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 160-168.
- Lu, P., Kong, D., & Shelley, M. (2021). Making the decision to move to a nursing home: Longitudinal evidence from the health and retirement study. *J Appl Gerontol*, 1197-1205.
- Machado, B., Dahdah, D., & Kebbe, L. (2018). Caregivers of family members with chronic diseases: coping strategies used in everyday life. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26, 299-313.
- Martire, L., & Helgeson, V. (2017). Close relationships and the management of chronic illness: Associations and interventions . *American Psychologist*, 72(6), 601.
- Matsunaga, M. (2010). *International journal of psychological research*, 3(1), 97-110.
- McCarthy, B. (2011). Family members of patients with cancer: what they know, how they know it and what they want to know. *Eur J Cancer Care* , 428-441.

- Mead, E., Doorenbos, A., & Javid, S. (2013). Shared decision-making for cancer care among racial and ethnic minorities: a systematic review. *Am J Public Health*, 15-29.
- Mestre , T., Caldeira , E., & Lopes, M. (2024). Family self-care in chronic disease management: an evolving care pattern? *SAGE Open Nursing*, 10.
- Montgomery, R., Gonyea, J., & Hooyman, N. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 34:19-26.
- Northouse, L. (2012). Helping patients and their family caregivers cope with cancer. *Oncol Nurs Forum*, 39: 500-506.
- OECD. (2017). Health at a Glance 2017: <https://www.oecd.org/social/health-at-a-glance-19991312.htm> adresinden alındı
- Or, R. (2013). Emosyonel yük. *Yaşlıya Bakım Veren Aile bireylerinin Bakım Verme Yükü ve Bakım Veren İyilik Hali* . Ankara, Türkiye: YÖK-Yüksek Lisans Tezi.
- Osburn, H. (2000). Coefficient alpha and related internal consistency reliability coefficients. *Psychological Methods*, 5(3):343.
- Öner, N. (1996). *Türkiye 'de kullanılan psikolojik testler bir başvuru kaynağı*. İstanbul: Boğaziçi Üniveristesi Yayınevi.
- Öner, N. (2003). *Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri ve spss uygulamaları*. Ankara: Emek Ofset.
- Öner, N. (2009). türkiye'de kullanılan psikolojik testler. N. Öner içinde, *Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler* (s. 520-525). İstanbul: Boğaziçi Matbası.
- Özcan, S., Duyan, V., & İncecik, Y. (2011). Aile hekimliği'nde aile apgar ölçeğinin kullanımı: türkçe'ye uyarlama çalışması. *The Journal of Turkish Family Physician*, 30-37.
- Özdamar, K. (2018). *Paket programlar ile istatistiksel veri analizi*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Özdemir, Ü., & Taşcı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 57-72.
- Özgöbek, H. R. (2019). Uzun Süreli Bakım Hizmetleri Sunumunda Kalite Algısı: Alzheimer hastalığı Özelinde Nitel Bir Çalışma. *Uzun Süreli Bakım Hizmetleri Sunumunda Kalite Algısı: Alzheimer hastalığı Özelinde Nitel Bir Çalışma*. Ankara, Türkiye: YÖK-Doktora Tezi.
- Özyeşil, Z., Oluk, A., & Çakmak, D. (2014). Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluk-sürekli kaygıyı yordama düzeyi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 39-44.
- Pacheco Barzallo, D., Schnyder, A., Zanini, C., & Gemperli, A. (2024). Gender differences in family caregiving. Do female caregivers do more or undertake different tasks? *BMC Health Services Research*, 24(1), 730.

- Piovani , D., Nikolopoulos , G., & Bonovas, S. (2022). Non-communicable diseases: the invisible epidemic. *J Clin Med*, 11(19):5939.
- Ploeg, J., Matthew-Maich, N., Fraser, K., Dufour, S., McAiney, C., Kaasalainen, S., & Emili, A. (2017). Managing multiple chronic conditions in the community: A Canadian qualitative study of the experiences of older adults, family caregivers and healthcare providers. *BMC Geriatrics*, 17-40.
- Polit, D., & Beck, C. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in nursing & health*, 29(5):489-497.
- Resmi Gazete. (2005, 03 10). Resmi Gazete: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/03/20050310-5> adresinden alındı
- Resmi Gazete. (2015, 02 27). Resmi Gazete: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14> adresinden alındı
- Roth, G., Mensah, G., Johnson, C., Addolorato, G., Ammirati, E., Baddour, L., . . . Bonny, A. (2020). Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990-2019: update from the GBD 2019 study. *J Am Coll Cardiol*, 2982-3021.
- Sales, E. (2003). Family burden and quality of live. *Qual Life Res*, 33-41.
- Sapç1, E. (2017). *Halk sağlığı hemşireliği dersi tutum ölçeğinin geliştirilmesi*. Ankara, Türkiye: YÖK-Yüksek Lisans Tezi.
- Schene, A., van Wijngaarden , B., & Koeter, M. (1998). Family caregiving in schizophrenia domains and distress. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4): 609-618.
- Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty, M., Pierson, R., & Applebaum, S. (2010). How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries. *Health Aff (Millwood)*, 2323-34.
- Schulz, R., & Czaja, S. (2017). Family caregiving: a vision for the future. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 1-16.
- Sherman, D. (2019). A review of the complex role of family caregivers as health team members and second-order patients. *Healthcare (Basel)*, 24;7(2):63.
- Siminoff, L., Zyzanski, S., Rose, J., & Zhang, A. (2008). The cancer communication assessment tool for patients and families (CCAT-PF): a new measure. *Psycho-Oncology*, 17:1216-1224.
- Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 1231-1239.
- Söylemez, M. (2022). Evde bakım hastalarına bakım veren kişilerde depresyon bulgusu ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. Ankara, Türkiye: Yüksek Lisans Tezi-YÖK Tez.
- Streiner, D., Norman, G., & Cairney, J. (2024). Health measurement scales: a practical guide to their development and use. *Oxford university press*.

- Syren , S., Saverman , B., & Benzein, E. (2006). Being a family in the midst of living and dying. *J Palliant Care*, 22: 26-32.
- Şencan, H. (2005). *Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenirlik ve geçerlilik*. Ankara: Seçkin Yayınevi.
- Tabachnick , B., & Fidell, L. (2015). *Çok değişkenli istatistiklerin kullanımı*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Taşdelen, P., & Ateş, M. (2012). Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri ile Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 22-29.
- Thomas, P., Liu, H., & Umberson, D. (2017). Family relationships and well-being. *Innovation In Aging*, 1(3), igx025.
- TÜİK. (2023, 06 22). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679> adresinden alındı
- Türk Dil Kurumu. (2024, 06 20). Türk Dil Kurumu: <https://sozluk.gov.tr/> adresinden alındı
- Türken Gel, K., & Tokur Kesgin, M. (2017). İnformal bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin hemşirelerin görüşleri. *Anadolu Hem. ve Sağ. Bil. Derg.*, 267-278.
- Türkiye kalp ve damar hastalıkları önleme programı 2015-2020. (2015). Sağlık Bakanlığı: <https://tekinakpolat.com/wp-content/uploads/2017/12/turkiye-kalp-damar-hastalik-onleme-programi.pdf> adresinden alındı
- Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri saha çalışması. (2023). Sağlık Bakanlığı: <https://www.saglik.gov.tr/TR,2870/turkiye-kronik-hastaliklar-ve-risk-faktorleri-saha-calismasi.html> adresinden alındı
- Türkiye sağlıklı yaşlanma eylem planı ve uygulama programı 2015-2020. (2015). Sağlık Bakanlığı: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1kl%C4%B1%20Ya%C5%9F.%202015-2020%20Pdf.pdf> adresinden alındı
- Uğur, G. H., & Çatıker, A. (2019). Evde bakım hastalarının bakım vericilerindeki stres düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *EGE HFD*, 35(3): 115-122.
- Uğur, Ö. (2006). Onkoloji hastalarına evde bakım verenlerin bakımının incelenmesi. *Onkoloji hastalarına evde bakım verenlerin bakımının incelenmesi (Doktora Tezi)*. Ankara, Türkiye: YÖK-Tez.
- Ulusoy, N., & Graessel, E. (2017). Validation of the turkish version of the burden scale for family caregivers. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, e,50 (4) 339-346.
- Watkins, M. (2018). Exploratory factor analysis: a guide to best practice. *Journal of Black Psychology*, 44(3), 219-246 <https://doi.org/10.1177/0095798418771807>.

- WHO. (2000). *HOME-BASED LONG-TERM CARE*. Geneva: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42343/WHO_TRS_89.jsessionid=5B30FCC546FC014FD60A92D35894FFEA?sequence=1. HOME-BASED LONG-TERM CARE: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42343/WHO_TRS_89.jsessionid=5B30FCC546FC014FD60A92D35894FFEA?sequence=1 adresinden alındı
- WHO. (2015). Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2017: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/184688/9789241509459_eng.pdf?seque adresinden alındı
- WHO. (2017). Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2017: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513029> adresinden alındı
- WHO. (2020). Turkey Diabetes Market Overview 2024-2028: https://www.reportlinker.com/market-report/Chronic-Disease/125884/Diabetes?term=diabetes%20research&matchtype=b&loc_intcrest= adresinden alındı
- WHO. (2021). World Health Organization - Cardiovascular diseases: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1 adresinden alındı
- WHO. (2022). World Noncommunicable Diseases Progress Monitor: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353048/9789240047761-eng.pdf?sequence=1> adresinden alındı
- WHO. (2023). Noncommunicable diseases: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> adresinden alındı
- Wittenberg, E., Goldsmith, J., Demiris, G., Oliver, P., & Stone, J. (2012). The impact of family communication patterns on hospice family caregivers. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 25-33.
- Wittenberg, E., Goldsmith, J., Oliver, D., Demiris, G., & Rankin, A. (2012). Targeting communication interventions to decrease caregiver burden. *Seminars in Oncology Nursing*, 262-270.
- Wittenberg-Lyles, E., Washington, K., Demiris, G., Oliver, D., & Shaunfield, S. (2014). Understanding social support burden among family caregivers. *Health Communication*, 29, 901-910.
- Wittenberg, E., Kravitz, K., Goldsmith, J., & Ferrell, B. (2016). Validation of a model of family caregiver communication types and related caregiver outcomes. *Palliative and Supportive Care*, 1-9.
- Wittenberg, E., Ferrell, B., Goldsmith, J., & Ruel, N. (2016). Family Caregiver Communication Tool: a new measure for tailoring communication with cancer caregivers. *Wiley (Online Library)*, 1-3.

- Wittenberg , E., Kravits, K., Goldsmith , J., Ferrell, B., & Fujinami, R. (2017). Validation of a model of family caregiver communication types and related caregiver outcomes. *Palliative and Supportive Care*, 15(1):3-11.
- Wittenberg, E., Borneman, T., Koczywas, M., Ferraro, C., & Ferrell, B. (2017). Cancer communication and family caregiver quality of life. *Behav Sci*, 7.
- Wittenberg, E., Buller, H., Ferrel, B., Koczywas, M., & Borneman, T. (2017). Understanding family caregiver communication to provide family-centered cancer care. *Seminars in Oncology Nursing*, 207-516.
- Wittenberg, E., Ferrell, B., Koczywas, M., Ferraro, C., & Ruel, N. (2018). Pilot study of a communication coaching telephone intervention for lung cancer caregivers. *Cancer Nursing*, 506-512.
- Wittenberg, E., Goldsmith, J., & Kerr, A. (2019). Variation in health literacy among family caregiver communication types. *Wiley (online Library)*, 2181-2187.
- Wittenberg, E., Bevan, J., & Goldsmith, J. (2023). Assessing family caregiver communication in chronic illness: validation of the FCCT-CL. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 500-507.
- Wolff, J., Guan, Y., & Body, C. (2017). Examining the context and helpfulness of family companion contributions to older adults primary care visit. *Patens Educ Couns*, 100;487-494.
- Xiong, C., Biscardi, M., Astell, A., Nalder , E., Cameron, J., & Mihailidis , A. (2020). Demanslı kişilerin aile bakıcılarının deneyimlediği bakım yükünde cinsiyet ve toplumsal cinsiyet farklılıkları. *Sistemik Bir İnceleme. PLoS ONE*, 15(4):e0231848.
- Yazıcıoğlu, İ., & Bağçivan, G. (2022). Kronik hastalık yönetim modelleri: geleneksel derleme. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 1252.
- Yeates, K., Lohfeld, L., Sleeth, J., Rajkotia, Y., & Ogedegbe, O. (2015). Global perspective on cardiovascular disease in vulnerable populations. *Canadian Journal of Cardiology*, 1081-1093.
- Yeşil, T., Çetinkaya Ulusoy , E., & Korkmaz, M. (2016). Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Gümüşhane Univ. Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4): 54-66.
- Yeşilyurt, S., & Çapraz, C. (2018). Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliği için bir yol haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20(1), 251-264. <https://doi.org/10.17556/erziefd.297741>.
- Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2013). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (9. Basım)*. Ankara: Seckin Yayıncılık, 446 s.
- Yılmaz, M., Sametoğlu, F., Akmeşe, G., Tak, A., Yağbasan, B., Gökçay, S., . . . Erdem, S. (2010). Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *İstanbul Tıp Derg - Istanbul Med J*, 125-132.

- Yusuf, A., Purba, J., Putri, D., Aditya, R., Alruwaili, A., & AlRazeeni, D. (2024). Family-centered care experiences in elderly with chronic diseases in communities: qualitative study of patients, families, nurses, and volunteers. *Health Equity*, 8(1), 338-350.
- Yüksel, E. (2022). Türkiye'de sunulan evde bakım hizmetleri. *Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeyinin İncelenmesi: Ankara Büyükşehir Belediyesi Örneği (Yüksek Lisans Tezi)*. Ankara, Türkiye: YÖK Tez.
- Zadhasan, Z. (2023). Communication within families: understanding patterns and impacts on mental health. *Journal of Psychosociological Research in Family and Culture*, 1(2), 5-13.



EKLER

EK-1: Katılımcı Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışmanın amacı, “Kronik Hastalıklarda Aile içi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi” amaçlanmıştır. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Anketi doldurmanız yaklaşık 20 dakika sürecektir. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak, üçüncü herhangi biriyle paylaşılmayacak ve sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir.

Araştırmacılar

Kemal GÖRGÜLÜ

Doç. Dr. Gülyeter ERDOĞAN YÜCE

1-Yaş: 2-Cinsiyet: Kadın Erkek 3-Medeni Durum: Evli Bekar

4-Yaşadığı Yer: o İl o İlçe o Köy

4-Eğitim Durumunuz:

o Okur yazar o İlköğretim o Lise o Üniversite ve üzeri

5-Çalışma Durumu:

o Çalışıyor.....ise işi o Çalışmıyor

6-Gelir Düzeyi:

o Gelir giderden az o Gelir gidere denk o Gelir giderden fazla

7-Bakım Verdiğiniz Hastaya Yakınlık Dereceniz Nedir?

o Annesiyim o Babasıyım o Çocuğuyum o Eşiyim o Diğer(kardeş, teyze, torun, hala vb.)

8-Bakım Verdiğiniz Hastanın Hastalığı/Hastalıkları Nedir?.....

9-Hastanız Kaç Yıldır Başkası Tarafından Bakılmaya İhtiyaç Duyuyor?.....

10- Siz Kaç Yıldır Hastanıza Bakıyorsunuz?.....

11- Hastanıza Günlük Ortalama Bakım Verme Süreniz Nedir?.....

12-Hastanıza Bakım Verirken Size Yardımcı Olan Biri Var Mı?

o Evet, ise kim?..... o Hayır

EK-2: The Family Caregiver Communication Tool- Chronic Illness (Fcct-Ci)

Directions: Family can be your partner and/or children. Family can also be the family you were born into, like your parents/guardians and brothers and sisters. As primary caregiver for your loved one, think about the family that is connected to you and your loved one (patient). How many people are in this family?

1. I talk with my family, which can include online and text messages, about my loved one's illness.

Frequently	Occasionally	Rarely	Very	rarely	Never
------------	--------------	--------	------	--------	-------

2. After a medical appointment, I contact family members to share details of the visit.

Frequently	Occasionally	Rarely	Very	rarely	Never
------------	--------------	--------	------	--------	-------

3. Family members ask me about my loved one's illness.

Frequently	Occasionally	Rarely	Very	rarely	Never
------------	--------------	--------	------	--------	-------

4. In our family, we talk about future caregiving plans for our loved one.

Frequently	Occasionally	Rarely	Very	rarely	Never
------------	--------------	--------	------	--------	-------

5. My family talks about what might happen if treatment doesn't work.

Frequently	Occasionally	Rarely	Very	rarely	Never
------------	--------------	--------	------	--------	-------

6. I need approval from family members about my caregiving.

Frequently	Occasionally	Rarely	Very	rarely	Never
------------	--------------	--------	------	--------	-------

7. My family makes care decisions without spending too much time talking about options.

Frequently	Occasionally	Rarely	Very	rarely	Never
------------	--------------	--------	------	--------	-------

8. I feel pressure to adopt my family's beliefs about healthcare.

Frequently	Occasionally	Rarely	Very	rarely	Never
------------	--------------	--------	------	--------	-------

9. My family hides their opinion about the quality of my caregiving.

Frequently	Occasionally	Rarely	Very	rarely	Never
------------	--------------	--------	------	--------	-------

10. My family tries to act as though my loved one is not ill.

Frequently	Occasionally	Rarely	Very	rarely	Never
------------	--------------	--------	------	--------	-------

EK-3: Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği

Açıklama: Aileniz, eşiniz ve/veya çocuklarınız, ebeveynleriniz/velileriniz ya da erkek/kız kardeşlerinizden oluşmaktadır. Hastanızın birincil bakıcısı olarak, sizin ve hastanızın dahil olduğunuz aileyi düşünün. Bu ailede kaç kişi var? Aşağıda yer alan soruları, hastanız hakkındaki konularda bu aile üyeleri ile olan iletişimi göz önünde bulundurarak cevaplayınız.

1. Aile üyeleri ile hastanızın/yakınımanızın hastalığı ile ilgili konuşurum (yüz yüze, telefon görüşmesi, görüntülü arama ya da mesajlaşma yoluyla).

Sıklıkla Ara sıra Nadiren Çok nadiren Asla

2. Tıbbi bir randevunun ardından ziyaretin ayrıntılarını paylaşmak için aile üyeleriyle iletişime geçerim.

Sıklıkla Ara sıra Nadiren Çok nadiren Asla

3. Aile üyeleri bana hastanızın/yakınımanızın hastalığı ile ilgili sorular sorarlar.

Sıklıkla Ara sıra Nadiren Çok nadiren Asla

4. Aile üyeleri ile hastanızın/yakınımanızın gelecekteki bakımının planlaması ile ilgili konuşuruz.

Sıklıkla Ara sıra Nadiren Çok nadiren Asla

5. Aile üyeleri ile hastamıza/yakınımıza uygulanan tedavi işe yaramazsa neler olabileceğini konuşuruz.

Sıklıkla Ara sıra Nadiren Çok nadiren Asla

6. Bakım uygulamalarım konusunda aile üyelerinden onay almaya ihtiyaç duyarım.

Sıklıkla Ara sıra Nadiren Çok nadiren Asla

7. Ailem, bakım kararlarını seçenekler hakkında konuşmaya çok fazla zaman harcamadan alır.

Sıklıkla Ara sıra Nadiren Çok nadiren Asla

8. Ailemin sağlık hizmetlerine ilişkin inançlarını benimsemek konusunda baskı hissederim.

Sıklıkla Ara sıra Nadiren Çok nadiren Asla

9. Ailem, hastamıza/yakınımıza vermiş olduğum bakımın kalitesi hakkındaki düşüncelerini gizler.

Sıklıkla Ara sıra Nadiren Çok nadiren Asla

10. Ailem, hastamız/yakınımız sanki hasta değilmiş gibi davranmaya çalışır.

Sıklıkla Ara sıra Nadiren Çok nadiren Asla

EK-4: Bakas Bakım Verme Etki Ölçeği

Bu sorular grubu, bir hastaya bakım vermenizden kaynaklanan yaşamınızdaki muhtemel değişikliklerle ilişkilidir. Aşağıda sıralanan her muhtemel değişiklik için, değişikliğin derecesini gösteren bir numarayı daire içine alınız. Değişikliğin derecesini belirleyen numaralar -3 (En Kötü Yönde Değişti) ve +3 (En İyi Yönde Değişti) arasında değer almaktadır. “0” Değişmedi anlamına gelmektedir.

Bakıma ihtiyacı olan bir kişiye bakım sağlamanın bir sonucu olarak:	En Kötü Yönde Değişti			Değişmedi	En İyi Yönde Değişti		
1- Kendime güvenim / öz saygım	-3	-2	-1	0	1	2	3
2- Fiziksel sağlığım	-3	-2	-1	0	1	2	3
3- Aile aktiviteleri için zamanım	-3	-2	-1	0	1	2	3
4- Stresle başa çıkabilme yeteneğim	-3	-2	-1	0	1	2	3
5- Arkadaşlarla olan ilişkim	-3	-2	-1	0	1	2	3
6- Geleceğe bakış açım	-3	-2	-1	0	1	2	3
7- Enerji düzeyim	-3	-2	-1	0	1	2	3
8- Duygusal iyilik halim	-3	-2	-1	0	1	2	3
9- Yaşamdaki rollerim	-3	-2	-1	0	1	2	3
10- Arkadaşlarımla sosyal aktiviteler için zamanım	-3	-2	-1	0	1	2	3
11- Ailemle ilişkim	-3	-2	-1	0	1	2	3
12- Maddi iyilik durumum	-3	-2	-1	0	1	2	3
13- Bakıma ihtiyacı olan hastamla ilişkim	-3	-2	-1	0	1	2	3
14- Fiziksel işlevselliğim	-3	-2	-1	0	1	2	3
15- Genel sağlığım	-3	-2	-1	0	1	2	3
16- Genel olarak; bakıma ihtiyacı olan hastanın bakımını üstlenmenin bir sonucu olarak yaşamınız nasıl değişti?	-3	-2	-1	0	1	2	3
Bakıma ihtiyacı olan hastanıza bakım vermenin bir sonucu olarak yaşamınızda başka değişiklik varsa, lütfen onları aşağıya yazınız ve uygun biçimde puanlandırınız.							
17-	-3	-2	-1	0	1	2	3
18-	-3	-2	-1	0	1	2	3
19-	-3	-2	-1	0	1	2	3

EK-5: Aile İklimi Ölçeği

Aşağıda ailelerin yaşadığı bir takım deneyimler anlatılmaktadır. Sizden kendi ailenizi düşünerek bu ifadelerin sizin için ne derece geçerli olduğunu cevaplandırmanız istenmektedir. (1) Kesinlikle Katılmıyorum, (2) Oldukça Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Oldukça Katılıyorum, (5) Kesinlikle Katılıyorum anlamına gelmektedir. Lütfen bu beş seçenekten size en çok uyanı işaretleyiniz. Lütfen sorulara içtenlikle yanıt veriniz. Katkılarınız için teşekkürler.

NOT: Soruları yanıtlarken lütfen tüm soruları eğer geniş ailenizi göz önüne aldıysanız geniş ailenizi; çekirdek ailenizi göz önüne aldıysanız çekirdek ailenizi düşünerek yanıtlayınız.

No	Deneyimler	1	2	3	4	5
1	Birçoğumuzun en güçlü duygusal bağları ailelerin dışındaki kişilerledir.					
2	Aramızdaki duygusal bağlar çok kuvvetlidir.					
3	Genelde birlikte olmaktan mutluyuzdur.					
4	Bir süre ayrı kaldığımızda birbirimizi özleriz.					
5	Aile üyeleri varlıklarıyla birbirlerine güven verirler.					
6	Duygusal olarak yakın değilizdir.					
7	Birbirimizi çok severiz.					
8	Aile üyeleri birbirlerine karşı samimidirler/sıcaktırlar.					
9	Yaşça daha büyük olanlar, yaşı küçük olanların ne yapıp ne ettiğiyle yakından ilgilenir					
10	Yaşça büyük olanlar, yaşı küçük olanların mutluluk ve sağlığıyla yakından ilgilenir.					
11	Yaşça büyük olanlar daha genç olanların hedeflerini fazlasıyla desteklerler.					
12	Yaşça büyük olanlar daha genç olanların ihtiyaçlarına karşı çok duyarlıdır.					
13	Daha yaşlı aile üyeleri, ailenin genç üyelerinin kafasını meşgul eden düşünce ve endişelerle yakından ilgilenirler.					
14	Yaşça büyük olanların yaşı daha küçük olanlara karşı koruyucu bir tutumu vardır.					
15	Kişiler birbirlerinin düşüncelerini önemsemezler.					
16	Birbirimizi dinlemek için birbirimize vakit ayırırız.					
17	Zor durumlarla etkili bir biçimde başa çıkarız.					
18	İhtiyacımız olduğunda birbirimize her zaman yardım edebiliriz.					
19	Zorluklarla karşılaştığımızda birlikte ve etkin bir biçimde uğraşırız.					
20	Ciddi sorunları çözmek için gereken güce sahip olduğumuzu biliriz.					
21	Beklenmeyen durumlarla mücadele etmekte kötüyüzüzdür.					
22	Yaşı daha küçük olanlar, yaşı daha büyük olanların isteklerine uyum göstermeye çalışır.					
23	Yaşça büyük olanların isteklerine uyulur.					
24	Yaşı büyük olanların otoritesi sorgulanmaz.					
25	Kuralları ailenin yaşı büyük olanları koyar.					
26	Kararları, yaşça büyüklüğe bakmaksızın, her bireyin eşit söz sahibi olacağı biçimde alırız.					
27	Yaşça büyük olanların sözü emir sayılır.					
28	Yaşa bakmaksızın bütün aile üyeleri eşit yetkiye sahiptir.					
29	Çoğu konu üzerinde benzer görüşlerimiz/bakış açılarımız vardır.					
30	Çoğu zaman sosyal konularla ilgili çok farklı görüşlere sahibizdir.					
31	Tutumlarımız ve inançlarımız çok benzerdir.					
32	Konular üzerinde tamamen farklı bakış açılarına sahibiz.					
33	Hayata dair değerlerimiz çok benzerdir.					
34	Benzer biçimde düşünürüz.					

EK-6: Aile APGAR Ölçeği

Sıra No	CÜMLELER	Neredeyse her zaman	Bazen	Neredeyse hiçbir zaman
1.	Bir sorunum olduğunda, ailemden yardım alabiliyor olmamdan memnunum.	2	1	0
2.	Ailemin benimle konuşma ve problemleri paylaşma şeklinden memnunum.	2	1	0
3.	Ailemin yeni etkinliklere katılma veya yönelme isteklerimi kabul etmesi ve desteklemesinden memnunum.	2	1	0
4.	Ailemin kızgınlık, üzüntü ve aşk gibi duygularına ilgi ve tepki gösterme şeklinden memnunum.	2	1	0
5.	Ailemle birlikte vakit geçirme şeklimizden memnunum.	2	1	0

EK-7: Ölçeklerin Araştırmada Kullanım İzinleri

Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeği (Assessing Family Caregiver Communication in Chronic Illness - FCCT CI)

Permission to Use Gelen Kutusu x

19 Eylül Sal 16:25 ☆ ↶ ⋮

Kemal GÖRGÜLÜ
Alıcı: Elaine.wittenberg2 ▾

Dear Professor Elaine Wittenberg,

I am Kemal Görgülü, a Master's Student at Aksaray University. My area of expertise is in internal medicine nursing and chronic disease care. I read your article "Assessment of Family Caregiver Communication in Chronic Illness: Validation of the FCCT-CI." My advisor, Asst. Assoc. In the master's thesis we plan to do with Gülyeter Erdoğan Yüce, I want to evaluate the Turkish validity and reliability of the FCCT-CI for caregivers in Turkey. We hope that you will allow us to adapt FCCT-CI into Turkish.

I will be pleased if you reply to me,

Kindest regards,

19 Eylül Sal 16:46 ☆ ↶ ⋮

Wittenberg, Elaine M
Alıcı: ben ▾

İngilizce ▾ > Türkçe ▾ [iletinin çevirisini görüntüle](#) [İngilizce için otomatik çeviri yapma:](#)

Kemal-

Thank you for your interest in my work. Yes, you have my permission to adapt the tool into the Turkish language.

Elaine Wittenberg, PhD, FACH
Professor, Communication Studies
California State University, Los Angeles
www.CommunicateComfort.com

> On Sep 19, 2023, at 6:25 AM, Kemal GÖRGÜLÜ wrote:

Bakas Bakım Verme Etki Ölçeği

Ölçek Kullanım İzni Gelen Kutusu x

22 Eylül Cum 10:44 ☆ ↶ ⋮

Kemal GÖRGÜLÜ
Alıcı: tubacan ▾

Merhabalar Sayın Hocam,

Ben Kemal Görgülü. Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim.

Geçerlik- güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Bakas Bakım Verme Etki Ölçeği (Bakas Caregiving Outcomes Scale)" isimli ölçeğinizi izniniz olursa Danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Gülyeter Erdoğan Yüce ile yürüteceğim tez çalışmada kullanmak istiyoruz. Ölçeği kullanmamızda herhangi bir sakınca olup olmadığına dair dönüş yapacağınızı umuyoruz. İyi çalışmalar diliyorum.

Saygılarımla,

RN, BScN, MSc Student Kemal Görgülü,
Aksaray University, Institute of Health Sciences,
68100, Aksaray, Turkey
E-mail: kemal.gorgulu@aksaray.edu.tr
Phone number: [+905050505050](tel:+905050505050)
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9147-9147>

27 Eylül Çar 11:11 ☆ ↶ ⋮

TUBA CAN AKMAN
Alıcı: ben ▾

Sayın Görgülü, ölçeği kullanmanızda sakınca yoktur. Çalışmanızda başarılar dilerim

EK-7 (DEVAM): Ölçeklerin Araştırmada Kullanım İzinleri

Aile İklimi Ölçeği

Ölçek Kullanım İzni

Gelen Kutusu x





Kemal GÖRGÜLÜ
Alıcı: busegonul ▾

25 Eylül Pzt 13:42  

Merhabalar Sayın Hocam,

Ben Kemal Görgülü. Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim.

Geçerlik- güvenirlik çalışmasını sizin ve ekibinizin yapmış olduğunuz "Aile İklimi Ölçeği" isimli ölçeğinizi izniniz olursa Danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Gülyeter Erdoğan Yüce ile yürüteceğim tez çalışmada kullanmak istiyoruz. Ölçeği kullanmamızda herhangi bir sakınca olup olmadığına dair dönüş yapacağımızı umuyoruz. İyi çalışmalar diliyorum.

Saygılarımla,

RN, BScN, MSc Student Kemal Görgülü,
Aksaray University, Institute of Health Sciences,
68100, Aksaray, Turkey
E-mail: kemal.gorgulu@aksaray.edu.tr
Phone number: [+903122222222](tel:+903122222222)
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9141-0001>



Buse Gönül
Alıcı: ben ▾

25 Eylül Pzt 13:52  

Merhabalar,

Elbette ölçeği kullanabilirsiniz. Ölçeğin maddelerini size ekte gönderiyorum, ters yüklenen maddeler de yanlarında belirtilmiş durumda. Yönerge bizim kullandığımız hali ile böyleydi ama elbette çalışma amaçlarına göre düzenlenebilir. Değerlendirme de 5'li Likert tip üzerinden yapıldı. Bunlar dışında gerekli ayrıntılar makalede mevcut.

İyi çalışmalar.

Aile APGAR Ölçeği

Ölçek Kullanım İzni

Gelen Kutusu x





Kemal GÖRGÜLÜ
Alıcı: sozcan ▾

25 Eylül Pzt 13:44   

Merhabalar Sayın Hocam,

Ben Kemal Görgülü. Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim.

Geçerlik- güvenirlik çalışmasını sizin ve ekibinizin yapmış olduğunuz "Aile APGAR Ölçeği" isimli ölçeğinizi izniniz olursa Danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Gülyeter Erdoğan Yüce ile yürüteceğim tez çalışmada kullanmak istiyoruz. Ölçeği kullanmamızda herhangi bir sakınca olup olmadığına dair dönüş yapacağımızı umuyoruz. İyi çalışmalar diliyorum.

Saygılarımla,

RN, BScN, MSc Student Kemal Görgülü,
Aksaray University, Institute of Health Sciences,
68100, Aksaray, Turkey
E-mail: kemal.gorgulu@aksaray.edu.tr
Phone number: [+903122222222](tel:+903122222222)
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9141-0001>



Sevgi Özcan
Alıcı: ben ▾

26 Eylül Sal 10:08   

Merhaba,

Tez çalışmanızda Türkiye'ye uyarladığımız Aile APGAR Ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyuyoruz. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Prof.Dr.Sevgi Özcan

EK-8: Etik Kurul Kararı

T.C.
AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kronik hastalıklarda aile içi bakım verenlerin iletişimini değerlendirme ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	
ETİK KURUL PROTOKOL NUMARASI	102-SBKA EK

	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:X	☐	1)Helsinki Bildirgesine uyulacağına dair taahhütnameler 2)Araştırmanın daha önce etik kurul değerlendirmesine sunulmadığına ve etik kurul onayı olmaksızın yapılmayacağına dair taahhütname 3)Literatürler 4)Araştırmacı özgeçmişi 5)Başvuru formu 6)Bütçe formu 7)Anabilim dalı izni 8)Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu 9)Anket formu
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2023/21-04	Tarih:09.11.2023	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.		

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.E. Arzu Köse
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-9: İl Sağlık Müdürlüğü İzni



T.C.
AKSARAY VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-23240534-771-229548816
Konu : Araştırma İzni Kemal GÖRGÜLÜ

17.11.2023

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 13.11.2023 tarihli ve E-93276592 sayılı dilekçe.

Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü yüksek lisans öğrencisi Kemal GÖRGÜLÜ'nün ilgi dilekçesinde; Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesinde; "Kronik Hastalarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimini Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliliğinin İncelenmesi " konulu Bilimsel Araştırma Projesini uygulamayı planladığı belirtilmektedir. Söz konusu araştırma talebi Müdürlüğümüz Araştırma Talebi Değerlendirme komisyonu tarafından değerlendirilerek uygun mütalaa edilmiştir. Çalışmanın Hastane İşleyiş kurallarına riayet edilerek yapılması hususunu;

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Abdullah ALKAN
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı V.

Ek: Komisyon Oluru.

Dağıtım:
Gereği:
Aksaray Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliğine

Bilgi:
Kemal GÖRGÜLÜ

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 5777A578-9FCE-44BB-B41C-4B147EDB21CB

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Çerçidin Mah. Necip Fazıl Kısakürek Cd. No:4/1 MERKEZ/AKSARAY 68000
Telefon No: 03822130122
e-Posta: aksaray@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <https://aksarayism.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi:

Bilgi için: Hilal BAŞTUĞ
İşçi
Telefon No: 03822130122



EK-10: Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Katılımcı

Sizi Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Evde Bakım Birimiyle yürütülen ” ***Kronik Hastalıklarda Aile İçi Bakım Verenlerin İletişimin Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliliğinin İncelenmesi***” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırmacılar

Kemal GÖRGÜLÜ

Doç. Dr. Gülyeter ERDOĞAN YÜCE

Okudum, Anladım.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile),

Adı-Soyadı :

İmzası :

Tarih (gün/ay/yıl) :/..../....