

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

**KRONİK HASTALIKLAR TEDAVİSİNİN
FONKSİYONEL DEĞERLENDİRİLMESİ-PALYATİF
BAKIM (FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC
ILLNESS THERAPY-PALLIATIVE CARE (FACIT-PAL)
ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI**

Dr. Gülcan BAĞÇIVAN

**Epidemiyoloji Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Ankara

2018

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

**KRONİK HASTALIKLAR TEDAVİSİNİN FONKSİYONEL
DEĞERLENDİRİLMESİ-PALYATİF BAKIM (FUNCTIONAL
ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY-
PALLIATIVE CARE (FACIT-PAL) ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Dr. Gülcan BAĞÇIVAN

**Epidemiyoloji Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Bahar GÜÇİZ DOĞAN**

Ankara

2018

**KRONİK HASTALIKLAR TEDAVİSİNİN FONKSİYONEL
DEĞERLENDİRİLMESİ-PALYATİF BAKIM (FUNCTIONAL
ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY-PALLIATIVE CARE
(FACIT-PAL) ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI**

Dr. Gülcan Bağçivan

Danışman: Prof. Dr. Bahar Güçiz Doğan

Bu çalışma 26.07.2018 tarihinde jürimiz tarafından “Epidemiyoloji Programı”nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Prof. Dr. Mine Esin Ocaktan

(Ankara Üniversitesi Halk Sağlığı AD)

Tez Danışmanı:

Prof. Dr. Bahar Güçiz Doğan

(Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı AD)

Üye:

Dr. Öğretim Üyesi İmatullah Akyar

(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

15 Ağustos 2018

Prof. Dr. Diclehan Orhan
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**” kapsamında tezimin aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

17 /08/2018

Gülcan BAĞÇIVAN



¹“*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internette paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

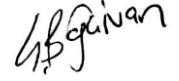
(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** tarafından karar verilir

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Bahar Güçiz Doğan danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Dr. Gülcan Bağçivan



TEŞEKKÜR

Epidemiyoloji Yüksek Lisans eğitimim süresince kıymetli bilgi ve tecrübeleri ile gelişmemde her türlü yardım ve desteği sağlayan, hem bilimsel hem de sosyal alanlardaki bakış açısı ile her zaman örnek alacağım ve meslek alanımdaki gelişmemde her daim yol gösterici olacağına inandığım tez danışmanım sayın Prof. Dr. Bahar GÜÇİZ DOĞAN'a saygı ve şükranlarımı sunarım.

Ayrıca, Epidemiyoloji Yüksek lisans eğitim sürecinde katkılarından dolayı bütün hocalarıma,

Tezimin uygulama aşamasının ilgili hastanelerde yürütülmesindeki katkılarından dolayı Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi (GEAH) ve Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Hastanesi Tıbbi Onkoloji/Hematoloji Klinik şefleri ve çalışanlarına,

Veri toplama aşamasında bana destek olan ve GEAH Tıbbi Onkoloji BD'nda görev yapan Uzm. Hemş. Canan YARANOĞLU, Uzm. Hemş. Ferdağ BÖLÜKBAŞ ve Uzm. Hemş. Oya TEKİN'e ve ilgili bölümlerde çalışan bütün hemşire arkadaşlarıma ve tüm klinik personeline,

Çalışmamın verilerinin istatistiksel olarak değerlendirme aşamalarında yardım ve desteklerini esirgemeyen Sayın Dr. Hande KONŞUK ÜNLÜ'ye teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Bağçivan, G., Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi-Palyatif Bakım (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care (FACIT-Pal) Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Epidemiyoloji Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018. Bu çalışma, klinik araştırma alanında geniş çapta kullanılan ve palyatif bakıma özel olan yaşam kalitesi ölçeklerinden Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi-Palyatif Bakım (FACIT-Pal) ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin analiz edilmesinin amaçlandığı metodolojik bir araştırmadır. Araştırma, iki aşamalı olarak Temmuz-Ağustos 2016 ve 15 Temmuz 2017-15 Mart 2018 tarihleri arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Hastanesi, Tıbbi Onkoloji/Hematoloji bölümlerinde yürütülmüştür. Araştırmanın yürütüldüğü hastanelere başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 232 kanser hastası araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmada veri toplama aracı olarak, “hasta bilgi formu”, “Karnofsky Performans Skalası (KPS)”, “Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeği” ve “Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi-Palyatif Bakım Ölçeği (FACIT-Pal)” kullanılmıştır. Ölçeğin, geçerliliği için değerlendirilen, “kapsam”, “yüzey”, “ölçüt” ve “yapı” geçerliliği analizleri sonuçlarına göre ölçeğin, kanser hastalarının palyatif bakıma özgü yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde “geçerli” bir ölçek olduğu kabul edilmiştir. FACIT-Pal ölçeği Türkçe formunun 45 maddelik ölçeğin orijinaline uygun beş faktörlü yapısı doğrulanmıştır. FACIT-Pal (45 madde) ölçeğinin güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacı ile yapılan analizlerde, ölçek için hesaplanan Cronbach Alfa değeri, 0,932 bulunmuştur. Ayrıca, ölçek için, test-tekrar test güvenilirlik analizi sonucunda, test-tekrar test ölçek puanları arasında ileri derecede anlamlı ve pozitif bir korelasyon olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak, ölçeğin ilgili alanda kullanılabilecek “güvenilir” bir ölçek olduğu kabul edilmiştir. Kanser hastalarında palyatif bakıma özgü yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve izlenmesi amacı ile FACIT-Pal ölçeğinin Türkçe formun kullanılabileceği önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, yaşam kalitesi, geçerlilik ve güvenilirlik, kanser

ABSTRACT

Bağcivan, G., The Study of Turkish Reliability and Validity of Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care (FACIT-Pal) Scale, Hacettepe University Graduate School Health Science Epidemiology Program Master of Science Thesis, Ankara, 2018. This methodological study aimed to analyze the validity and reliability of the Turkish version of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care (FACIT-Pal) Scale which is one of the palliative care-specific quality of life scales widely used in clinical research. The study was conducted in two phases, between July-August 2016 and July 15, 2017- March 15, 2018 in Medical Oncology/Hematology departments in Gulhane Training and Research Hospital and Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Oncology Hospital. A total of 232 cancer patients admitted to hospitals where the study was conducted and agreed to participate in the study were included in the study. Karnofsky Performance Scale (KPS), Edmonton Symptom Assessment Scale and the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care (FACIT-Pal) Scale were used as data collection tools in the study. According to the results of the analyzes assessed for validity, of "coverage", "surface", "criterion" and "structure" validity, it is accepted that the scale is a "valid" scale for assessing the palliative care-specific quality of life of cancer patients. The five-factor structure of the Turkish form of FACIT-Pal scale with 45-item was verified in accordance with the original. In the analysis made with the aim of evaluating the reliability of the FACIT-Pal scale (45 items) the Cronbach Alpha value calculated was 0.932 for the scale. Furthermore, for the scale, test-retest reliability analysis revealed a significant positive correlation between test-retest scale scores. As a result, this scale is considered to be a "reliable" scale that can be used in the relevant area. Turkish form of the FACIT-Pal scale can be used with the aim of assesment and monitoring the palliative care-specific quality of life in cancer patients.

Key Words: Palliative care, quality of life, reliability and validity, cancer

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN SAYFASI	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLOLAR	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Palyatif Bakım	5
2.1.1. Türkiye’de Palyatif Bakım	8
2.2. Yaşam Kalitesi Kavramı	11
2.2.1. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi	13
2.2.2. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi	14
2.3. Ölçüm Aracı Geçerlilik ve Güvenilirlik Süreci	17
3. GEREÇ ve YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	19
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	20
3.3. Araştırmanın Tipi	22
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	22
3.5. Araştırmanın İnsan Gücü	22
3.6. Veri Toplama Formları	22
3.6.1. Hasta Bilgileri Anket Formu	22
3.6.2. Karnofsky Performans Skalası (KPS)	23
3.6.3. Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeği	23
3.6.4. Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel	23
Değerlendirilmesi-Palyatif Bakım Ölçeği (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care (FACIT-Pal)	

3.7. Araştırmanın Veri Kaynağı ve Uygulama	27
3.8. Etik Konular	27
3.9. FACIT-Pal Ölçeğinin Adaptasyon Aşamaları	28
3.9.1. FACIT-Pal Ölçeğinin Adaptasyon Çalışması İçin İzinlerinin Alınması	28
3.9.2. FACIT-Pal Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması	28
3.10. Verilerin analizi	35
4. BULGULAR	36
4.1. Araştırmaya Katılanların Tanımlayıcı Özellikleri	36
4.2. FACIT-Pal Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi Bulguları	42
4.2.1. FACIT-Pal Ölçeği Geçerliliği Analiz Sonuçları	42
4.2.2. FACIT-Pal Güvenilirlik Analiz Sonuçları	60
4.3. Katılımcıların, Geçerliliği ve Güvenilirliği Gösterilmiş FACIT-Pal Ölçeği Puanlarının Bazı Sosyodemografik ve Tıbbi Özellikler ile İlişkisi	68
5. TARTIŞMA	72
5.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Hastalığa İlişkin Bazı Özellikleri	72
5.2. FACIT-Pal Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Analiz Sonuçları	72
5.2.1. Ölçeğin Geçerliliği	73
5.2.2. Ölçeğin Güvenilirliği	78
5.3. Katılımcıların FACIT-Pal Ölçeği Puanlarının Bazı Sosyodemografik ve Tıbbi Özellikleri ile İlişkisi	84
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	86
7. KAYNAKLAR	89
8. EKLER	100
EK-1: Hasta Bilgileri Anket Formu	
EK-2: Karnofsky Performans Skalası (KPS)	
EK-3: Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeği	
EK-4: Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi-Palyatif Bakım Ölçeği (FACIT-Pal)	
EK-5: Tez Çalışması ile İlgili Etik Kurul İzni	
EK-6: Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Hastanesi Araştırma İzni	

EK-7: FACIT kuruluşunun FACIT-Pal Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Yapılmasına İlişkin Onayı

EK-8: FACIT Kuruluşunun Çeviri Aşamasında Kullanılmak Üzere Gönderdiği Form

EK-9: Dijital Makbuz ve Orijinallik Raporu Ekran Çıktısı

9. ÖZGEÇMİŞ



SİMGELER VE KISALTMALAR

AFA	Açıklayıcı Faktör Analizi
AGFI	Adjusted Goodness of Fit Index (Düzeltilmiş uyum iyiliği indeksleri)
DFA	Doğrulamalı Faktör Analizi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ESDÖ	Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeği
FACIT	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi)
FACT-G	Functional Assessment of Cancer Therapy-General (Kanser Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi-Genel)
FACIT-Pal	Functional Assessment of Cancer Therapy-Palliative Care (Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi-Palyatif Bakım)
GATA	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
GEAH	Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
GLOBOC	Global Cancer Incidence, Mortality and Prevalence (Küresel Kanser
AN	İnsidansı, Mortalite ve Prevalans)
GFI	Goodness of Fit Index (Uyum iyiliği test indeksi)
KT	Kemoterapi
KIT	Kemik İliği Trasplantasyonu
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
KPS	Karnofsky Performans Skalası
RT	Radyoterapi
χ^2	Kruskal-Wallis Test istatistiği
sd	Serbestlik derecesi
$X \pm SS$	Ortalama $\pm$ Standart sapma
χ^2 / sd	Ki-kare/serbestlik dereceleri
NFI	Normlandırılmış Uyum İndeksi
Z	Mann-Whitney U Test istatistiği

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
4.1.	FACIT-Pal ölçeği Türkçe formunun 37 maddelik ikincil seviye doğrulayıcı faktör analizi modeli.	54
4.2.	FACIT-Pal ölçeğinin Türkçe formunun 45 maddelik ikincil seviye doğrulayıcı faktör analizi modeli.	55



TABLOLAR

Tablo	Sayfa
3.1. FACIT kuruluşu ölçüm araçları dil geçerliliği çeviri ve ölçek anlaşılabilirliği değerlendirme süreci	30
4.1. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (Ankara, 2017-2018)	37
4.2. Katılımcıların hastalığına ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı (Ankara, 2017-2018)	39
4.3. Katılımcıların tedavi sürecine ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı (Ankara, 2017-2018)	40
4.4. Katılımcıların Karnofsky Performans Skalası puanlarına göre dağılımı (Ankara, 2017-2018)	41
4.5. Katılımcıların Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeğine (ESDÖ) göre semptom şiddetinin dağılımı (Ankara, 2017-2018)	42
4.6. FACIT-Pal ölçeği maddelerinin çeviri uygunluğunun değerlendirilmesi/harmonizasyon aşamaları (2016)	45
4.7. FACIT-Pal ölçeği yüzey geçerliliği için görüşülen hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (Ankara, 2016).	46
4.8. FACIT-Pal ölçeğinin anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi için kullanılan sorular (2016)	49
4.9. FACIT-Pal ölçeğinin 45 maddesinin direk oblimin döndürme yöntemi ile beş faktörlü faktör analizi sonuçları (Ankara, 2017-2018)	51
4.10. FACIT-Pal ölçeğinin 37 maddesinin direk oblimin döndürme yöntemi ile beş faktörlü faktör analizi sonuçları (Ankara, 2017-2018)	52
4.11. FACIT-Pal ölçeği DFA parametre tahmin sonuçları (Ankara, 2017-2018)	56
4.12. FACIT-Pal ölçeği modeli uyum ölçüleri ve standart uyum kriterleri (Ankara, 2017-2018)	58
4.13. Katılımcıların Karnofsky performans skalası (KPS) ve FACIT-Pal ölçeği puanları arasındaki uyum analizi sonuçları (Ankara, 2017-2018)	58
4.14. FACIT-Pal ve ESDÖ puanları arasındaki uyum analizi sonuçları (Ankara, 2017-2018)	59
4.15. FACIT-Pal ölçeği diğer endişeler/palyatif bakım alt boyutunun FACT-G ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki uyum analizi sonuçları (Ankara, 2017-2018)	60

4.16.	FACIT-Pal ölçeği alt boyutları ve geneli için hesaplanan Chronbach Alfa kat sayıları (Ankara, 2017-2018)	61
4.17.	FACIT-Pal ölçeğinin test-tekrar test sonuçlarının karşılaştırılması sonuçları (Ankara, 2017-2018)	62
4.18.	Katılımcıların FACIT-Pal ölçeğindeki maddelere verdikleri cevapların dağılımı (Ankara, 2017-2018)	63
4.19.	FACIT-Pal ölçeğinin düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyonuna dayalı madde analizi sonuçları (Ankara, 2017-2018)	65
4.20.	FACIT-Pal ölçeği madde toplam test korelasyon matrisi (Ankara, 2017-2018)	67
4.21.	Katılımcıların FACIT-Pal Ölçeği genel ve alt boyutları puanlarının dağılımı (Ankara, 2017-2018)	68
4.22.	Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre FACIT-Pal ölçek puanları (Ankara, 2017-2018)	70
4.23.	Katılımcıların bazı tıbbi özelliklerine göre FACIT-Pal ölçek puanları (Ankara, 2017-2018)	71

1. GİRİŞ

Kanser tedavilerindeki gelişmeler sonucunda, bazı kanser olgularında, tedavi şansı yakalanmış ve bazılarında da yaşam süresi uzatılarak kanser kronik bir süreç kazanmıştır. Tıp alanındaki gelişmelere rağmen kanser, hasta ve yakınları için ilk tanı anından itibaren tedavi süresince ya da ölüm anı ve sonrasında yas sürecine kadar uzanan, fiziksel, psikososyal ve ruhani (spiritüel) birçok zorluğu içinde barındıran bir süreç olmaya devam etmektedir (1). Kanser hastalarının hastalık sürecinde ağrı, yorgunluk, halsizlik, solunum sıkıntısı, bulantı, kusma, mukozit, konstipasyon, iştahsızlık, kilo kaybı, anksiyete ve depresyon gibi fiziksel ve psikolojik birçok semptom deneyimlediği ve bu semptomlara bağlı olarak fonksiyonel durum ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği bilinmektedir (2-8). McMillan ve Small'ın (9) ileri evre kanser hastalarının son dönemlerindeki yaşam kalitesi ve semptomlara bağlı yaşanan sıkıntı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, fiziksel semptomlara bağlı yaşanan sıkıntıların yaşam kalitesini istatistiksel olarak anlamlı derecede etkileyen en önemli unsur olduğu ve yaşam kalitesindeki kötülüğün %35'inin bu semptomlara bağlı olduğu bulunmuştur.

Tedavi edici yaklaşımların mümkün olmadığı durumlarda, hastanın sıkıntısını azaltıp, yaşam kalitesini artırmaya yönelik iyileştirici yaklaşımlar uygulanmaktadır. Tedavi edici yaklaşımların tükendiği hastalar başta olmak üzere, tanı anından itibaren tedavi süresince ya da ölüm anında ve sonrasında yas sürecinde, hasta ve yakınlarının fiziksel, psikososyal ve ruhani gereksinimlerinin karşılanmasında palyatif bakımın önemi büyüktür (1,5,10). Palyatif bakımda esas amaç tanı anından itibaren hastalık ve tedaviye bağlı olarak bireyin yaşadığı semptomların iyileştirilmesi, hastanın yaşam kalitesinin artırılması ve terminal döneme giren bireyin ölüme daha rahat ve huzurlu bir şekilde ulaşmasını sağlamaktır (11-14).

Farklı bakış açılarından tanımlanan yaşam kalitesi kavramını Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bireylerin kültürel yaşam alanları ile ilişkilendirmiş ve yaşam kalitesinin fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel özellikler, maneviyat ile ilgili özellikleri de içerdiğini ve bu özelliklerin bireyler tarafından nasıl algılandığının bu süreçte önemli olduğunu vurgulamıştır (15, 16).

Genel olarak hasta bireylerde yaşam kalitesi fiziksel, emosyonel, sosyal ve bilişsel fonksiyonlar ve semptomlar ile tedaviye bağlı yan etkilerin bir bileşimi olarak değerlendirilmektedir (17). Yaşam kalitesinin ölçümü ve değerlendirilmesi onkoloji alanında çok amaçlı olarak kullanılmaktadır. Çoğunlukla, tedaviye bağlı gelişen yan etkiler sonucunda yaşam kalitesinin ne kadar etkilendiğinin tespit edilerek, hasta için en uygun yaklaşımın belirlenmesi, farklı tedavi yöntemlerinin karşılaştırılması, verilen sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, maliyet analizleri ve psikososyal problemlerin belirlenmesi ve izlenmesi için yaşam kalitesi ölçümü kullanılmaktadır (18).

Yaşam kalitesi, özel olarak geliştirilmiş ve test edilmiş ölçeklerle ölçülmektedir. Kanser hastalarında kullanılan yaşam kalitesi ölçeklerini ‘genel kapsamlı’, ‘özel bir duruma yönelik’ ve meme, akciğer, mide ve serviks gibi ‘hastalığa özel’ yaşam kalitesi ölçekleri olarak üç başlık altında toplamak mümkündür. Genel kapsamlı yaşam kalitesi ölçekleri, genel olarak hastalık ayırımı yapmadan sağlık, mental ve sosyal alanları kapsayan ve bu konuda bilgi veren ölçeklerdir. Ancak özel durumlardaki değişiklikleri ayırt edici özellikleri sınırlıdır (19). En çok kullanılan genel kapsamlı yaşam kalitesi ölçeklerinden bazıları; Kısa Form-36 (SF-36), Nottingham Sağlık Profili (NHP), McGill Yaşam Kalitesi Anketi, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Yaşam Kalitesi Anketidir (19). Özel bir konuya yönelik ölçekler ise doğrudan yaşam kalitesini sorgulayan ölçekler olmayıp, yaşam kalitesini etkileyen ve yaşam kalitesi ile ilişkili olan sağlıkla ilgili özel bir alanda ölçüm yapmak için kullanılmaktadır. Beck Depresyon Ölçeği, görsel ağrı skalası gibi ölçekler özel bir konuya yönelik ölçeklere örnek verilebilir. Hastalığa özel ölçekler ise belirli bir hastalık hakkında hastanın hastalığı algılayışını belirleyen yaşam kalitesi ölçekleridir; belirli bir probleme, yaş grubuna veya belirli bir hastalığa özgü olabilir. Kansere özgü yaşam kalitesi ölçeklerine örnek olarak Avrupa Kanser Arastırma ve Tedavi Kuruluşu Yaşam Kalitesi Anketi (European Organization for the Research and Treatment of Cancer QLQC30, EORTC QLQ-C30), Kanser Tedavilerinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi-Genel (Functional Assessment of Cancer Therapy-General, FACT-G), Duygu Durum Profili (Profile of Mood States, POMS), Görsel Analog Skala-Kanser (Visual Analogue Scale-Cancer, VAS-C), Rotterdam Semptom Çeklisti (Rotterdam Symptom Checklist (RSCL) gösterilebilir (19,20).

Kanser hastalarının yaşam kalitesinin ölçülmesine yönelik kullanılan genel ve kansere özel ölçeklerin yanı sıra son zamanlarda kanser hastalarında palyatif bakıma özgü yaşam kalitesi ölçekleri de geliştirilmiştir. Palyatif bakım hastasının özelliklerinden dolayı kansere özel genel ölçeklerin palyatif bakıma özgü yaşam kalitesinin belirlenmesinde yetersiz kaldığı, bu hasta grubuna özel yaşam kalitesi ölçeklerinin geliştirilmesi ve kullanılmasının önemi vurgulanmakta, palyatif bakım hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde genel ölçeklere ek olarak palyatif bakıma özgü ölçeklerin kullanılması önerilmektedir (21,22). Palyatif bakım hastalarının yaşam kalitesinin ölçülmesinde kullanılan yaşam kalitesi ölçeklerinin sistematik olarak incelendiği bir çalışmada toplam 29 adet genel ve palyatif bakıma özgü yaşam kalitesi ölçeğinin bu hasta grubunun yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanıldığı, ölçeklerin özellikleri ve klinik açıdan kullanım kalitelerinin çeşitlilik gösterdiği belirtilmiştir (23). Bu ölçeklerden palyatif bakıma özgü olanları Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi-Palyatif Bakım Ölçeği (FACIT-Pal) (21), McGill Yaşam Kalitesi Anketi (24), Avrupa Kanser Tedavisi ve Araştırmaları Kuruluşu palyatif bakım yaşam kalitesi ölçeği (EORTC-QLQ-C15-PAL) (25), Cambridge Palyatif Kontrol Programı (26), Hospis¹ Yaşam Kalitesi İndeksi (27), Palyatif Bakımda Problemler ve İhtiyaçlar Anketi (28), ve Palyatif Bakım Sonuçları Ölçeğidir (29).

Ülkemizde kanser hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yönelik genel ve kansere özel Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirilmiş ve uygulamada kullanılan bir çok ölçek bulunmasına rağmen, palyatif bakıma özgü kullanılan Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğinin bulunmadığı görülmüştür. Bu nedenle bu araştırma kapsamında klinik araştırma alanında geniş çapta kullanılan ve palyatif bakıma özel olan yaşam kalitesi ölçeklerinden Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi-Palyatif Bakım (FACIT-Pal) ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin analiz edilmesi amaçlanmıştır.

¹ Hospis: özellikle beklenen yaşam süresi altı ay ve daha kısa süre olan, yaşamı tehdit edici hastalığa sahip bireylere sunulan ve sadece semptom kontrolüne odaklanarak rahat ölümü amaçlayan yaşam sonu bakımı içeren palyatif bakım hizmetidir. Bireyler hospis bakımını bir kuruluştaki alabileceği gibi ev hospis hizmetleri ile hospis ekibi tarafından kendi yaşam alanlarında da alabilmektedir. Ayrıca hastane hospis hizmetleri ile bireyler hastane içerisinde de hospis hizmetlerinin sunulduğu alanlarda da hospis hizmeti alabilmektedir (27).

2. GENEL BİLGİLER

Kanser, dünya çapında yaygın görülen ve yüksek düzeyde ölüme yol açan hastalıkların başında (dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sırada, %13) yer almaktadır. GLOBOCAN 2012 (Küresel Kanser İnsidansı, Mortalite ve Prevalans (Global Cancer Incidence, Mortality and Prevalence)) verilerine göre 2012 yılında tüm dünyada toplam 14.1 milyon yeni kanser vakası gelişmiş ve 8.2 milyon kansere bağlı ölüm meydana gelmiştir. Kanser artış hızının bu şekilde devam etmesi durumunda, 2025 yılında dünya nüfusunun artışına ve nüfustaki yaşlanmaya bağlı olarak toplam 19.3 milyon yeni kanser vakası olacağı belirtilmiştir (30). Ülkemizde 2014 Kanser İstatistiklerine göre bir yıl içinde 96.200 erkek, 67.200 kadın olmak üzere yılda 163.500 yeni kanser vakası teşhis edilmektedir (31).

2.1. Palyatif Bakım

Palyatif, kelime anlamı olarak Latince'de 'örtü' anlamına gelen 'pallium' kelimesinden köken almaktadır. Amaç altta yatan nedeni değil bu nedenin sonucunda ortaya çıkan olumsuz etkileri iyileştirmektir (32). Geçmişte palyatif bakım yalnızca yaşamın son dönemlerindeki hastalar için uygun görülen bir bakım hizmeti olarak tanımlanırken; günümüzde kronik ve yaşamı tehdit edici hastalığı olan bireylerde acının hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi hedeflenerek, palyatif bakımın olabildiğince erken dönemlerde uygulanması gerektiği görüşü kabul görmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı “yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede ağrının ve diğer problemlerin, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşım” olarak tanımlamaktadır (33). Amerikan Klinik Onkoloji Topluluğu (American Society of Clinical Oncology-ASCO) kanser hastalarında palyatif bakımı, hastalar ve aileleri için acı ve sıkıntı verici olan, yaşam kalitesini etkileyen çeşitli durumlara yönelik iyileştirmelerin kanser bakımına entegre edilmesi olarak tanımlamıştır (34).

Palyatif bakım kurumları ilk kez 1960'lı yıllarda İngiltere'de hemşire Cicely Saunders tarafından kurulan “St. Christopher's Hospice” ile başlatılmış, sonra

sırasıyla Kanada (1973, Royal Victoria), Amerika Birleşik Devletleri (1987, Hotwitz Center), Yeni Zelanda, Avustralya, Japonya'daki kuruluşlarla (1990) devam etmiştir (35). Dünyada bir çok ülkede palyatif bakım hizmetleri oldukça yaygındır. Palyatif bakım hizmetlerinin gelişimi ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte, gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere göre henüz yapılanma aşamasındadır. Amerika ve İspanya, evde bakım hizmeti, gönüllülerden oluşan yardım ekipleri, hastane servis destek ekipleri, hospisler gibi her türlü palyatif bakım hizmetinin verildiği, palyatif bakım hizmetlerinin en gelişmiş olduğu ülkeler olarak gösterilmektedir (36,37).

Palyatif bakımda esas amaç hastaların yaşam kalitelerini artırmak ve terminal döneme giren olguların ölüme daha rahat ve huzurlu bir şekilde ulaşmalarını sağlamaktır. Bu kapsamda, hastaların hastalık ve tedaviye bağlı olarak yaşadığı semptomların hafifletilmesi ve bu konuda tüm aile fertlerinin bilgilendirilmesi önceliklidir. Ayrıca palyatif bakım kapsamında dini yardım, ekonomik destek, psikososyal yardım gibi hizmetler de yer almaktadır (11,14,38-40). Palyatif bakımın, kurulması ve idamesi çok ucuz olup, hastaların ömrünün son dakikalarına değin hastane ve acil servislere sık sık başvurmalarını önlediği ve hastanede kalış sürelerini kısalttığı için maliyet etkili bir yaklaşım olduğu çeşitli araştırma sonuçlarıyla ortaya konmuştur (41-43).

Maliyet etkili bir hizmet sunumu olmasının yanı sıra aktif tedaviye ek olarak sunulan palyatif bakım uygulamalarının, hastaların hastalık sürecinde deneyimlediği fiziksel ve psikolojik semptomların şiddeti ve rahatsızlık düzeyini azalttığı, fonksiyonel kapasitelerini ve yaşam kalitesini iyileştirdiği ve ayrıca hasta ve hasta yakınlarının bakımdan memnuniyetinin daha yüksek olduğunu gösteren çok sayıda araştırma vardır (44-48).

Palyatif bakım hizmeti farklı şekillerde sunulmaktadır. Genel olarak hizmet sunum seçenekleri ülkenin sahip olduğu kaynaklar, palyatif bakım alanında eğitilmiş ekiplerin varlığı ve palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastalıkların prevalansı ile belirlenmektedir (49,50). Genel olarak palyatif bakım hizmetleri hastane ortamında ve topluma dayalı (ev ortamında ve hospislerde) verilmektedir.

Hastane Temelli Palyatif Bakım

Hastane ortamında, hastalık ve tedavinin fiziksel ve psikolojik yönden sıkıntı veren semptomlarının kontrolüne odaklanılmaktadır. Hastane temelli palyatif bakım

hizmetleri kapsamında ayaktan hastalar için palyatif bakım polikliniği, hastanede yatan bütün hastalar için palayatif bakım konsültasyon ekibi, yataklı palyatif bakım üniteleri ve hastane hospisler yer almaktadır (49,51). Hastane temelli palyatif bakım hizmetlerinin yürütülmesinde palyatif bakım konusunda eğitilmiş multidisipliner bir ekip (hekim, hemşire, psikolog, diyetisyen, sosyal çalışmacı, fizyoterapist, uğraşı terapisti gibi) görev almaktadır (52,53).

Hastane temelli palyatif bakım hizmetleri ile ağrı ve semptom kontrolü ile hasta sonuçlarının iyileştirilmesi, bakım kalitesinin artması, hasta, ailesi ve sağlık bakım ekiplerinin karar alma ve iletişim konusunda işbirliğinin sağlanması, sağlık bakım ekipleri arasında koordinasyonun artması, sağlık bakım hizmeti veren kuruluşlar arasında hasta transferinin kolaylaşması, hasta ve aile memnuniyetinin artması sağlanmaktadır. Ayrıca hastane temelli palyatif bakım hizmetleri ile maliyet etkili bir yaklaşım getirilmesi, hastane kaynaklarının daha uygun kullanılmasının sağlanması ve bakımın yararının geliştirilmesi gibi olumlu sonuçların elde edildiği belirtilmektedir (54-56).

Toplum Temelli/Hastane Dışında Sunulan Palyatif Bakım

Toplum temelli palyatif bakım, palyatif bakım hizmetlerinin hastane dışında genellikle bireylerin kendi yaşam alanlarında veya ev dışında bir kuruluştaki sunulmasıdır. Bireyler bu hizmetleri evde sağlık hizmetleri yada hospis ekibinin hastayı evinde takip etmesi şeklinde ev hospis hizmeti olarak kendi evlerinde alabilirken ayrıca kendi evlerinin dışında bakım evleri yada hospis kuruluşlarında da alabilmektedir (52,57). Toplum temelli palyatif bakım hizmetleri sunumunda palyatif bakım ekibi, birey ve ailesinin eğitimi, semptom kontrolü, bakımın koordinasyonu, hasta ve ailesinin sağlık ekibi ile iletişimin sağlanması gibi görevler üstlenmekte ve 7/24 hizmet sunumu sağlamaktadır (58).

Toplum temelli palyatif bakım hizmetlerinin özellikle kontrolsüz semptomlar nedeni ile hastaneye başvuruları ve hastane yatışlarını azalttığı, hastanede ölüm yüzdelerini azalttığı ve bireylere kendi yaşam alanlarında sevdikleri ile yaşamlarının son zamanlarını geçirme fırsatı sağladığı ortaya konmuştur (58,59).

Palyatif bakım hizmetleri kapsamında bütün dünyada ve bizim ülkemizde de daha çok kanser hastaları ele alınmakla birlikte, kalp yetmezliği, ileri akciğer hastalıkları, nörolojik hastalıklar, konjenital anomaliler, AIDS ve diğer yaşamı tehdit

edici hastalığa sahip olan hasta grupları palyatif bakım hizmet sunumu kapsamında yer almaktadır (47).

Palyatif bakım hizmetlerinin olmazsa olmazı multidisipliner bir ekip yaklaşımıdır. Bu ekibin merkezinde hasta ve hasta yakını yer almaktadır. Genel olarak palyatif bakım ekip üyeleri arasında doktorlar (palyatif bakım uzmanları, medikal onkologlar, algologlar), hemşireler (palyatif bakım uzman hemşireler, klinik hemşireler), psikiyatristler, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları bulunmaktadır. Bunun yanı sıra hastanın gereksinimlerine göre fizik tedavi uzmanları, diyetisyenler, eczacılar, cerrahlar, anestezi uzmanları ve din adamları da ekibe dahil olmaktadır (49, 60). Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı palyatif bakım hizmetlerinin yürütülmesi konusunda palyatif bakım ekibi içinde çekirdek grupta doktor, hemşire, sosyal çalışmacı, diyetisyen ve psikologların yer alması gerektiğini belirtmiştir (61).

2.1.1. Türkiye’de Palyatif Bakım

Ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin gelişim sürecinde palyatif bakımın çoğunlukla “destek bakım” ve “son dönem bakım” olarak görüldüğü ve daha çok ağrı kontrolü ile eşdeğer tutulduğu görülmektedir (62).

Türk Onkoloji Vakfı tarafından İstanbul’da kurulan ve 1993-1997 yılları arasında hizmet veren “Kanser Bakımevi” ve Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından 2006 yılında açılan “Hacettepe Umut Evi” Türkiye’de hospis hizmetine yakın bir anlayış ile hizmet sunan ilk kuruluşlar olarak belirtilmektedir. Hacettepe Umut Evi hospis hizmet sunumu vermek amacı ile kurulmuş olmasına rağmen günümüzde ülkemizdeki yasal düzenlemelerde hospis hizmeti yer almadığı için kanser hastaları ve yakınlarının kısa süreli konakladığı ve bakım hizmeti alabildiği bir kuruluş olarak hizmete devam etmektedir (62,63).

Ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin gelişim sürecinde, Ulusal Kanser Kontrol Programının önemli bir bileşeni ve önceliği olarak belirtilen palyatif bakım programı eylem planı, çeşitli kurum ve kuruluşlardan uzmanların katılımı ile 2008 yılında düzenlenen üç çalıştay sonunda oluşturulmuştur. Bu eylem planında ülkemiz koşulları ve öncelikleri doğrultusunda toplum temelli bir palyatif bakım hizmet sunumunun oluşturulması, palyatif bakım alanında (uygulama ve yönetim) eğitilmiş ve deneyimli profesyonel ekiplerin oluşturulması, ve opioidlerin bulunmasının ve

kullanılabilmesinin kolaylaştırılması amaçlanmıştır (64,65). Bu doğrultuda mevcut durum analizleri değerlendirilerek Palya-Türk adında bir proje hazırlanmıştır. Sağlık Bakanlığı, Palya-Türk projesi için Aile ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı, sivil toplum kuruluşları ve gönüllüler ile çalışmıştır. Palya-Türk projesi 2010 yılında ilan edilmiştir. Palyatif bakım, ülkemizde 2010-2015 ulusal kanser kontrol programının en önemli yapı taşlarından biri olarak da kabul edilmiştir (60,66).

Palya-Türk projesine göre ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin yürütülmesinin toplum temelli ve hastane temelli olmak üzere iki farklı şekilde olacağı; toplum temelli palyatif bakım hizmetlerinin aile hekimliği ve evde sağlık hizmetleriyle, hastane temelli palyatif bakım hizmetlerin birinci, ikinci ve üçüncü seviye palyatif bakım hizmetleri olacak şekilde yürütüleceği belirtilmiştir.

Palya-Türk projesindeki hastane temelli palyatif bakım hizmetlerinde yer alan farklı seviyelerdeki palyatif bakım hizmetleri şöyledir:

- Birinci ve ikinci seviye (palyatif bakım birimi ve palyatif bakım merkezi), ayaktan hastalar için sunulan palyatif bakım hizmetleridir ve küçük şehirlerde bulunan küçük hastaneler için planlanmıştır. Amaç, hastaların aktif tedavi aldığı süreçte semptom kontrolünün sağlanmasıdır. Birinci ve ikinci seviye palyatif bakım hizmetlerinin sunumunda onkoloji uzmanına gerek olmadığı, bu hizmetlerin aile hekimleri ya da pratisyen hekimler tarafından yürütülebileceği öngörülmüştür.
- Üçüncü seviye (Kapsamlı palyatif bakım merkezi), yataklı palyatif bakım üniteleridir; hizmet uzman hekimler (onkolog, anesteziist gibi) tarafından sunulur. Amaç aktif tedaviden ziyade sadece semptom kontrolü ve hasta konforunun sağlanmasıdır (64, 64).

Palya-Türk projesi kapsamında ayrıca hospis (projede destek evi olarak adlandırılmıştır) ve gönüllüler ile sivil toplum örgütlerinin her seviyede yer alacağı belirtilmiştir (60,61).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı, palyatif bakımın ilk adımı olarak “Evde Bakım Hizmetini” başlatmıştır. Palyatif bakımın hastane ayağı için ise ilk “Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi” Ankara İli’nde bulunan Sağlık Bakanlığı Ulus Devlet Hastanesi’nde açılmıştır (68). Ülkemizde palyatif bakım hizmetleri, 2015 yılında yayınlanan “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge”

kapsamında yer alan esaslara dayalı olarak yürütülmektedir. Bu yönergede, palyatif bakım merkezleri için fiziki koşullar ve asgari donanım şartları; personel görevlendirilmesi ve asgari personel standardı; görev yetki ve sorumluluklar; çalışma esasları ve hizmetin kapsamı; palyatif bakım hizmetlerine başvuru, hasta kabul, sevk ve nakil esasları; hasta hakları, hizmetin sonlandırılması, eğitim, denetim ve sorumluluk ile son hükümler olmak üzere toplam yedi bölümde ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin sunumuna ilişkin usul ve esaslar ayrıntılı olarak açıklanmıştır (69). Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’de Palya-Türk projesi kapsamında belirtilen planlamalardan farklı bir düzenleme yapılmıştır. Bu yönerge doğrultusunda palyatif bakım hizmetlerinin toplum temelli kısmı aile hekimleri ve evde sağlık uygulamaları kapsamında yürütülmektedir. Hastane temelli palyatif bakım hizmetleri için yönergede sadece projede yer alan üçüncü seviye hastane temelli palyatif bakım hizmeti olarak belirtilen palyatif bakım üniteleri yer almaktadır. Yönergede Türk kültürel yapısına uygun olmaması gerekçesi ile hospislere yer verilmemiştir. Sonuç olarak şu an ülkemizde sunulan palyatif bakım hizmetleri kapsamında toplum temelli olarak aile hekimleri ve evde sağlık ekibi ile sunulan hizmetler ve hastane temelli olarak sadece palyatif bakım üniteleri yer almaktadır. Genel olarak yatan hastalar için palyatif bakım konsültasyon hizmetleri ve ayaktan hastalar için palyatif bakım poliklinik hizmeti bulunmaktadır. İstisna olarak, birkaç tane büyük Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Üniversite Hastanesinde palyatif bakım konsültasyon ve poliklinik hizmeti verilmektedir.

Uluslararası Yaşam Sonu Bakım Gözlemevi kuruluşunun (International Observatory on End of Life Care) dünyadaki palyatif bakım hizmetlerinin durumunu değerlendirdikleri 2013 yılında yayınlanan raporunda Türkiye grup 3 seviyesindeki ülkeler (palyatif bakım hizmetlerinin henüz ileri düzeyde olmadığı ve mevcut sağlık bakım hizmetlerine entegre edilmediği ancak palyatif bakım aktivitelerin başlatıldığı, morfinin ulaşılabilir olduğu ve palyatif bakım eğitimleri için bazı düzenlemelerin olduğu ülkeler) arasında yer almıştır (70). Bu raporun yayınlandığı tarihten günümüze kadar ülkemizde palyatif bakım hizmet sunumunda gelişmeler olmasına rağmen henüz istenilen seviyelere gelinmemiştir. Türkiye’de genel olarak palyatif bakım hizmetlerinin gelişiminin dünyadaki gelişimine göre daha geç olmasının ve hospis hizmetlerinin bulunmamasının nedeni olarak; ülkemizdeki aile yapısı ve kültürel

özelliklerden dolayı hastalara evde bakma ve mümkün olduğu kadar yaşamın sonuna kadar bütün tıbbi tedavi seçeneklerin uygulanması çabası, insan gücünde yaşanan sorunlar, palyatif bakım uzmanlığının bulunmaması ve toplumda palyatif bakım farkındalığının yeterli olmamasından kaynaklandığı belirtilmektedir (71).

Sağlık Bakanlığı'ndan elde edilen verilere göre Nisan 2016 itibari ile ülkemizde 68 ilde kamu hastaneleri bünyesinde toplam 168 yataklı palyatif bakım ünitesi bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın ülkemizde sunulan evde sağlık hizmetleri istatistiklerine göre, Ocak 2018 itibari ile "evde sağlık hizmetleri" ile ilgili olarak 86 Evde Sağlık Hizmetleri İl Koordinasyon Merkezinde 871'i hekim ve 3.616 diğer sağlık çalışanı (hemşire, toplum sağlığı elemanı gibi) ile 320.000 aktif hastaya 7 gün 24 saat esaslı olarak hizmet sunulmaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri İletişim Merkezi, 182 Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) ile entegre olarak hizmete girmiştir. İletişim merkezi ayda 60.000 hasta başvurusunu (ilk çağrı) karşılamaktadır. Alınan hasta başvuruları gerekli tıbbi değerlendirmelerin yapılması için İl Koordinasyon Merkezlerine iletilerek 7 gün 24 saat esaslı olarak sağlık hizmeti verilmektedir. 2017 yılının ilk on bir ayında Palyatif Bakımdan Evde Sağlık Birimine devredilen hasta sayısı 2.489'dur (72).

2.2. Yaşam Kalitesi Kavramı

Farklı bakış açılarından farklı şekillerde tanımlanabilen yaşam kalitesini psikologlar, “bireyin kendi yaşamına ilişkin doyumu ve mutlululuğu ile ilişkili bir durum” olarak tanımlamaktadırlar; iyi bir yaşam kalitesine sahip kişinin özgüveni yüksek, karar alma yetisi olan, mutlu ve her anlamda doyuma ulaşmış bir birey olduğu belirtilmiştir (73). Yaşam kalitesi bireylerin fizyolojik ve psikolojik özelliklerinin yanı sıra içinde bulunduğu çevresel, kültürel, sosyal ve ekonomik faktörlerden de etkilenmektedir (74-75).

Sağlık alanındaki gelişmeler sağlıkta yaşam kalitesi kavramını ön plana çıkarmış ve bu kavram özellikle tedavisi mümkün olmayan durumlarda yapılan müdahalelerin hastaya ne kadar yarar sağladığının bir göstergesi olarak kabul edilmiştir. Sağlık ilişkili yaşam kalitesi hastanın fiziksel, duygusal, mental ve sosyal davranışlar bakımından iyilik halini kapsayan çok boyutlu bir kavram olup, “bir hastalığın ve tedavisinin yarattığı etkilerin hasta tarafından algılanışı” olarak

tanımlanmaktadır. Son zamanlarda, özellikle tedavilerin sağladığı yaşam süresindeki uzamadan çok, hastanın yaşam kalitesi önem kazanmıştır (76,77).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini, içinde yaşamın nasıl algılandığını da içeren, bireylerin kültürel yaşam alanları ile de ilişkilendirmiştir. DSÖ'nün yaşam kalitesi tanımında fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel özellikler ve maneviyat ile ilgili özellikleri içeren altı alan bulunmaktadır. Bu alanlar şunlardır:

- a. Fiziksel sağlık ağrı, rahatsızlık, enerji, halsizlik, yorgunluk, uyku ve dinlenme gibi bireyin iş yapmasını, gündelik yaşamını etkileyen fiziksel bir takım sorunları içermektedir.
- b. Psikolojik durum pozitif düşünceler, düşünme, öğrenme, hafıza, konsantrasyon, kendine güven, beden imajı, dış görünüş ve negatif düşünceleri ifade etmektedir.
- c. Bağımsızlık düzeyi hareket edebilme, günlük yaşam aktiviteleri, ilaçlara ve tedaviye bağımlı olma durumu ve çalışma kapasitesini ifade etmektedir.
- d. Sosyal İlişkiler; kişisel ilişkiler, sosyal destek, seksüel aktivite gibi durumları ifade etmektedir.
- e. Çevresel özellikler fiziksel güvenlik, ev çevresi, ekonomik kaynaklar, sağlık ve sosyal bakıma ulaşılabilirlik ve fiziksel çevre (hava kirliliği, gürültü, trafik, iklim) koşullarını ifade etmektedir.
- f. Maneviyat ile ilgili özellikler bireylerin kendini rahatlatmak için kullandığı ruhsal/dinsel/kişisel inançları ifade etmektedir.

İnsan yaşamının iyileştirilmesine ilişkin bir kavram olan yaşam kalitesi, bireylerin istek ve gereksinimlerinin tatmin edici bir biçimde karşılanması olarak tanımlanmaktadır. Yaşam kalitesi psiko-sosyal ve ekonomik refahın sağlanması ve dengeli bir biçimde sürdürülmesine odaklanmaktadır (78).

Bireylerin yaşam kalitesi düzeyi farklı yaşam kalitesi ölçekleri ile değerlendirilerek standardize edilmekte ve veriler karşılaştırılabilir hale getirilmektedir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmede özel ölçekler kullanılmaktadır. Bu tür ölçekler hastanın klinik durumu yanında, yaşam kalitesinin göstergeleri olan işlevsel becerisini, psikososyal iyilik halini, sosyal destek durumunu ve yaşamdan memnuniyetini de değerlendirmektedir (79).

2.2.1. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi

Kanser hastalığının tedavisinde temel hedef sağkalımın uzatılmasıdır fakat en az bunun kadar önemli başka bir konu da tedavi sürecinde yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve/veya sürdürülmesidir. Ayrıca yaşam kalitesi kanserli bireylerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi amacı ile kullanılan bir gösterge olarak da kullanılmaktadır (80,81). Kanser hastalarının hastalık ve tedavi sürecinde deneyimlediği gerek fiziksel, gerekse psikososyal durumlar kanser hastalarının yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (82).

Genel olarak yaşam kalitesi, fiziksel, duygusal, sosyal ve bilişsel fonksiyonlar ve semptomlar ile tedaviye bağlı yan etkilerin bir bileşimi olarak değerlendirilmektedir. Yaşam kalitesinin ölçümü ve değerlendirilmesi onkoloji alanında çok amaçlı olarak kullanılmaktadır. Bunlardan en önemlisi, kullanılan tedaviye bağlı gelişen yan etkiler sonucunda yaşam kalitesinin ne kadar etkilendiğinin tespit edilerek, hasta için en uygun yaklaşımın belirlenmesidir. Bunun dışında farklı tedavi yöntemlerinin karşılaştırılması, verilen sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, maliyet analizleri ve psikososyal problemlerin belirlenmesi ve izlenmesi için de yaşam kalitesi ölçümü gerekmektedir. Bu nedenle Amerika Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration-FDA), Amerikan Klinik Onkoloji Derneği (American Society of Clinical Oncology-ASCO) ve Kanada Ulusal Kanser Enstitüsü (National Cancer Institute of Canada-NCIC) gibi kuruluşlar tedavi şemalarının geliştirilmesinde, yaşam kalitesinin etkilerini de araştırmayı kriter olarak kabul etmektedir (18).

Kanser hastalarına uygulanan palyatif bakım hizmetlerinin etkililiğinin değerlendirilmesi amacı ile yapılan çalışmalarda da genellikle hastaların deneyimlediği semptomların ve hastaların yaşam kalitesinin iyileşmesinin değerlendirilmesi, palyatif bakım uygulamalarının başarısının göstergesi olarak kabul edilmiştir (2,3,21,83, 84).

Yaşam kalitesini çok sayıda faktör olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Kronik yorgunluk ve bitkinlik, bireyin kendi geleceği ve ailesi ile ilgili kaygıları, kronik sağlık sorunları, temel ihtiyaçların karşılanmasındaki güçlükler, sosyal destek konusundaki yetersizlikler, beden imajının değişmesi, cinsel fonksiyonlardaki bozulma, yaşam tarzı değişiklikleri, kişisel bakım ve hijyen sorunları gibi faktörler yaşam kalitesini bozarken; akraba ve aile desteği, ekonomik güvence, sağlık hizmetlerinden yararlanabilme, vücut fonksiyonlarındaki yeterlilik, yaşanan

çevrenin konforu, aktif bir sosyal yaşam, kendine güven duygusu, sosyal çevreden itibar ve saygınlık görme, hekim ve diğer sağlık personeline olan güven, tedavi ve iyileşme konusundaki inanç gibi etmenler yaşam kalitesini artırmaktadır.

Kanser hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörler kanserin kendisine bağlı nedenler ve hastalık dışı nedenler olarak sınıflandırılabilir. Kanser tanısı konduğu andan itibaren, yaşamın sonuna kadar hastaların yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (85-87). Kanser tanısı ilk konduğunda, genellikle tedavi ve yaşam süresi konusundaki belirsizlik, kanser konusundaki olumsuz algılar gibi psikolojik nedenler ile yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenirken, bireyin aile ve toplum içindeki konum ve rol kaybı olması da yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Tedavi sürecinde ise hastalığa ve tedaviye bağlı yaşanan semptomların neden olduğu fiziksel ve sosyal rahatsızlıklar yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır (80,85,86). Ayrıca tedavi sonrasında da, tedavi sürecinde oluşabilecek sekeller, nüks olasılığı, sık aralıklarla yapılan kontroller ve bu esnadaki invazif müdahaleler yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (88,89).

2.2.2. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi

Yukarıda belirtildiği gibi yaşam kalitesi bireyden bireye, toplumdan topluma ve kültürden kültüre değişiklik gösterebilmekte ve çok sayıda faktörden etkilenmektedir. Bu nedenle yaşam kalitesinin ölçümü ve değerlendirilmesi de bu faktörlerden etkilenebilmektedir. Yaşam kalitesinin subjektif olması ölçülmesini zorlaştıran bir durumdur (74,75,90).

Yaşam kalitesi ölçümlerinde objektif ve subjektif göstergeler bulunmaktadır. Genellikle fiziksel iyilik halinin değerlendirilmesi objektif bir gösterge olarak kabul edilmektedir. Bu durum sıklıkla bireyin kendine bakabilme ve kendine yetebilme özelliğine bağlıdır. Bireylerin günlük yaşam aktivitelerini ne kadar ve ne derecede yapabildiği konusunda bilgi verir. Fiziksel iyilik hali kapsamında kendine bakabilme (beslenme, giyinme, banyo ve tuvaleti kullanma), hareket (evin içinde ve dışında hareket etme), fiziksel etkinlik (yürüme, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma, yorgunluk) ve rol etkinliği (aile ve işle bağlantı, sosyal roller) yer almaktadır (90-92). Subjektif göstergeler ise sıklıkla bireyin kendi iç hali, daha önceki yaşamı, çevre ve ailesi ile ilişkileri konusundaki bilgileri içermektedir. Genellikle bireyin psikolojik ve

duygu durumu ile ilgilidir. Subjektif göstergeler psikolojik, sosyal ve bireysel ile ekonomik iyilik hali olarak belirtilmektedir. Psikolojik iyilik hali yaşam kalitesinin en önemli alanlarından biridir. Bireyin yaşamdan elde ettikleri, beklentileri ve ruhsal doyumu olarak ifade edilebilir. Sosyal ve bireysel iyilik hali, bireyin kendisi, ailesi ve sosyal çevresi ile olan ilişkilerini, sosyal faaliyetlere olan katılımını ve çevreden aldığı sosyal desteği içermektedir ve yaşam kalitesinin diğer subjektif göstergesidir. Ekonomik iyilik hali ise sağlık hizmetlerinden yararlanma gücü, geleceğe güvenle bakabilme ve ailenin gelecek kaygısı olmadan yaşamasını sağlayacak bir ekonomik duruma sahip olmasını içermektedir (90-92).

Palyatif Bakım Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Palyatif bakım hastalarının yaşam kalitesinin ölçülmesinde genel ve özel amaçlı birçok yaşam kalitesi ölçeği kullanılmaktadır (23). Palyatif bakım alanına özgü yaşam kalitesi ölçeklerinin genel olarak kansere özel mevcut yaşam kalitesi ölçeklerinin kısaltılması veya farklı maddeler eklenmesi yolu ile modifiye edilmesi sonucunda oluşturulduğu ve palyatif bakım hastalarında geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmediği görülmektedir (24,25,21). Palyatif bakım hastaları için yaşam kalitesine ilişkin hangi boyutların önemli olduğunun belirlenmesi amacı ile yapılan bir sistematik incelemede en önemli olanlarının kişisel otonomi, emosyonel, sosyal, manevi, kognitif konular, sağlık bakımı ve yaşam sonuna hazırlık gibi boyutlar olduğu ortaya konmuştur. Aynı sistematik incelemede, palyatif bakım alanında çok sayıda yaşam kalitesi ölçüm aracı olmasına rağmen yaşam kalitesinin bütün boyutlarını kapsamlı bir şekilde değerlendiren ölçüm aracının olmadığı, her bir ölçüm aracının bazı noktalarda eksik kaldığı vurgulanmıştır (93).

Palyatif bakım alanında yaygın olarak kullanılan bazı yaşam kalitesi ölçeklerine ilişkin bilgiler aşağıda açıklanmıştır.

Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi-Palyatif Bakım (FACIT-Pal): FACIT-Pal ölçeği ilk olarak Cella ve ark. (81) tarafından 1993 yılında Amerika’da Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirmesi Ölçüm Sistemi (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement System) tarafından geliştirilmiştir. Bu çalışmada FACIT-Pal ölçeğinin

Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirilmiştir. Ölçeğe ilişkin bilgiler yöntem bölümünde ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

McGill Yaşam Kalitesi Anketi, ilk olarak 1995 yılında Cohen ve ark. (24) tarafından Kanada’da yaşamı tehdit edici hastalığa sahip olan bireylerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacı ile geliştirilmiştir. Orijinal McGill Yaşam Kalitesi Anketi 16 madde ve dört alt boyut içermektedir: fiziksel (semptomlar ve genel fiziksel iyilik hali), psikolojik, varoluşsal iyilik hali ve destek. En yaygın kullanılan palyatif bakım yaşam kalitesi ölçeklerinden birisi olan McGill Yaşam Kalitesi Anketinin 20 dilde çevirisi yapılmış ve geçerlilik güvenilirliği test edilmiştir. Ayrıca ölçeğin yaşam sonu döneme ilişkin yaşam kalitesinin ölçülmesine ilişkin revizyonu ve revize edilmiş ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğin değerlendirilmesi yine Cohen ve ark. (94) tarafından 2017 yılında yapılmıştır. Ölçeğin ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirliği henüz değerlendirilmemiştir.

Avrupa Kanseri Tedavisi ve Araştırmaları Kuruluşu Palyatif Bakım Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC-QLQ-C15-PAL): EORTC-C15-PAL ölçeği ilk olarak 2006 yılında Groenvold ve ark. tarafından kanser hastalarının yaşam kalitesinin ölçülmesi için kullanılan genel Avrupa Kanseri Tedavisi ve Araştırmaları Kuruluşu Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (EORTC QLQ-C30) kısaltılması ile oluşturulmuş ve palyatif bakım hastalarında geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiştir. EORTC-C15-PAL fiziksel ve emosyonel semptomları ve genel yaşam kalitesini sorgulayan toplam 15 madde içermektedir (25), EORTC-C15-PAL ölçeğinin ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirliği henüz değerlendirilmemiştir.

Palyatif Bakım Sonuçları Ölçeği: Yaşamı tehdit edici bir hastalığa sahip olan bireylerin yaşam kalitesinin ölçümü için ilk olarak Hearn ve ark. (29) tarafından İngiltere’de geliştirilmiştir. Palyatif Bakım Sonuçları Ölçeğinin hasta ve sağlık profesyonelleri için olan iki farklı versiyonu bulunmaktadır. Ölçekte fiziksel, emosyonel, manevi durumu sorgulayan toplam 11 madde bulunmaktadır. Ölçeğin dokuz farklı dilde çevirisi yapılmış ve geçerlilik güvenilirliği test edilmiştir (95). Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği henüz değerlendirilmemiştir.

2.3. Ölçüm Aracı Geçerlilik ve Güvenilirlik Süreci

Ölçme işleminde amaç ele alınan kavram/özellik açısından bireyler, olaylar ya da nesneler hakkında değerlendirme yapmak ve elde edilen değerlendirme sonuçlarına dayanarak belli kararlar vermektir. Verilen kararların doğruluğu ve uygunluğu, kararların dayandığı değerlendirme sonuçlarına, dolayısıyla değerlendirmede kullanılacak olan ölçüm sonuçlarına ve ölçütün uygun olmasına bağlıdır. Üzerinde çalışılan özellik ölçülebiliyor ve sayısal olarak ifade edilebiliyorsa, bilimsel bir şekilde değerlendirilebilir ve açıklanabilir. Bilimsel araştırmalar ancak veriler aracılığıyla yapılmaktadır. Değişkenin boyutunu ölçmede kullanılacak ölçme aracının standart bir ölçme aracı olmasını sağlayacaktır. Bir ölçeğin standart bir ölçme aracı olabilmesi için de bazı özellikler taşıması gerekmektedir. Ölçeğin standardize olabilmesi ve sonrasında uygun bilgiler üretme yeteneğine sahip olması için “güvenilirlik” ve “geçerlilik” olarak nitelendirilen iki özelliğe sahip olması gerekmektedir. Yeni bir ölçüm aracının geliştirilmesi aşamasında ilgili ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğinin gösterilmiş olması, o ölçeğin başka bir toplumda kullanılması için yeterli değildir ve ölçeğin mutlaka yeni kullanılacağı toplum için kültürel uyarlamasının yapılması ve o kültür için yeniden geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi gerekmektedir (96-99). Bir ölçeğin yukarıda belirtilen özellikleri taşıması ve sonuçların değerlendirilmesinde izlenen adımlar ana başlıkları ile aşağıda sıralanmıştır. Bu çalışma kapsamında yürütülen ölçek geçerlilik ve güvenilirlik aşamalarına ilişkin ayrıntılı bilgiler “gereç ve yöntem” bölümünde açıklanmıştır.

Bir ölçüm aracının kültürel uyarlamasında izlenen ilk adım ilgili ölçeğin kültürel uyarlamasının yapılabilmesi için ölçeği geliştiren kişilerden kullanma izninin alınmasıdır. Kullanma izni alındıktan sonra aşağıdaki adımlar izlenmektedir:

A. Ölçek geçerliliğinin değerlendirilmesi

- İlk olarak ölçeğin yeni uyarlandığı kültür için dil geçerliliğinin değerlendirilmesi gerekmektedir.
- Dil geçerliliği sonrasında ölçeğin anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi için yüzey geçerliliği amacı ile ölçeğin küçük bir grupta uygulanması ve ölçekte yer alan maddelerin kişiler tarafından anlaşılıp anlaşılmadığının değerlendirilmesi.
- Büyük örnekleme uygulan ölçekten elde edilen sonuçların, uyarlaması yapılan kültürde daha önceden geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiş olan ve aynı ya da

benzer kavramları ölçen ölçekler ile karşılaştırılarak ölçüt geçerliliğinin değerlendirilmesi.

- Büyük örnekleme uygulanan ölçek sonuçlarında, ölçekte yer alan maddelerin alt boyut oluşturup oluşturmadığı ya da ölçeğin orijinaline benzer bir yapı gösterip göstermediğini değerlendirilmesi için yapı geçerliliğinin analiz edilmesi.

B. Ölçek güvenilirliğinin değerlendirilmesi

- Ölçekte yer alan maddelerin ve ölçek ile elde edilen ölçümün tutarlılığının değerlendirilmesi için
 - İç tutarlılık analizi
 - Test-tekrar test güvenilirlik analizi
 - Madde analizleri
 - Alt boyutlar arasında ilişki analizlerinin yapılması

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği ve Polikliniği ile Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Birimi'nde yürütülmüştür.

Türkiye'nin en eski tıbbi onkoloji kliniklerinden biri olan Gülhane Tıbbi Onkoloji Kliniği 1983 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) bünyesinde kurulmuştur. Temmuz 2016 itibari ile GATA'nın Sağlık Bakanlığı'na devredilişi sonrası Sağlık Bakanlığı bünyesinde Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hizmet vermeye devam etmektedir. Türkiye'de ilk otolog kemik iliği nakli (KIT) 1984 yılında, ilk allojenik kemik iliği nakli de 1985 yılında Gülhane Tıbbi Onkoloji Kliniği'nde yapılmıştır. Tıbbi Onkoloji Kliniği, bir ayaktan kemoterapi ünitesi (toplam 20 koltuk), bir ayaktan destek tedavilerinin yapıldığı poliklinik ünitesi (toplam 13 koltuk), 21 yataklı yatan hasta bölümü ve 4 yataklı kemik iliği nakil ünitesi ile hastalara hizmet verilmektedir. Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı (BD) polikliniğinde her gün iki uzman doktor tarafından poliklinik hizmeti verilmektedir. Tıbbi Onkoloji Polikliniği'nde yıllık ortalama 19.000 hastaya (tanı, tedavi ve kontrol amaçlı) poliklinik hizmeti sunulmaktadır. Tıbbi Onkoloji Kliniği yıllık toplam hasta yatış sayısı ortalama 650'dir. Ayaktan destek tedavilerinin uygulandığı birimde bir hemşire çalışmakta ve günlük ortalama 10-20 hastaya hizmet sunulmaktadır. Ayaktan kemoterapi ünitesinde her gün 4 hemşire ile ortalama 40-50 hastaya hizmet sunulmaktadır.

Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Hastanesi, 1956 yılında Türk Kanser Araştırma Kurumu'nun çabası, gönüllü kişi ve kuruluşların katkılarıyla 100 yataklı Ahmet Andiçen Hastanesi olarak Kurtuluş semtinde faaliyete başlamıştır. 1962 yılında Sağlık Bakanlığı'na devredilişi ve iş yükünün artması sonucu 1967 yılında Etimesgut'taki Makine Kimya Enstitüsü'ne ait olan binada hizmete açılmış ve böylece yatak kapasitesi 300'e yükselmiştir. Ahmet Andiçen Hastanesi halen Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Hastanesinin verdiği hizmetlerden önemli bir kısmının yer aldığı Ahmet Andiçen Kanser Erken Tanı ve Tedavi Merkezi Ek Binası olarak hizmet sunumuna devam etmektedir. 06.04.1989 tarihinde yapımı tamamlanan yeni ve

modern hastane binasının hizmete alınmasıyla hastanenin Etimesgut bölümü Demetevler Senti'nde, şu anda faaliyetlerin yürütüldüğü yeni binaya taşınmıştır. Modern cihazlarla donatılmış bu bölümün hizmete girmesiyle toplam 600 yatak kapasitesine ulaşılmıştır. Bu yapıya ilaveten 17.05.2007 tarihinde Demetevler Urankent sitesinde yer alan yeni ek hizmet binasında Pediatrik Onkoloji, Yetişkin Hematoloji ve KIT kliniği hizmet vermektedir. 2014 yılında Demetevler merkez kampus içinde Tıbbi Onkoloji Merkezi hizmete sunulmuştur. Tıbbi Onkoloji Kliniğinde günlük ortalama 200-250 hastaya poliklinik hizmeti verilmekte, yıllık yeni hasta başvuru sayısı 2.500-3.000 civarında olmaktadır. Hastanenin Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'nde 64 koltuk, 2 özel hasta odası ve acil müdahale odası ile günlük ortalama 150 hastaya hizmet verilmektedir.

Bu araştırma kapsamında veriler iki farklı zaman aralığında toplanmıştır. İlk olarak bu araştırma kapsamında geçerlilik ve güvenilirliği test edilen ölçeğin yüzey geçerliliği/anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi amacı ile Temmuz-Ağustos 2016 tarihlerinde veriler toplanmıştır. İkinci olarak dil ve yüzey geçerliliği değerlendirilen ölçeğin büyük örneklem grubuna uygulanması için veriler 15 Temmuz 2017-15 Mart 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. İlk ve ikinci veri toplama zamanları arasında bir yıllık zaman aralığının olması araştırmacının eğitim amacı ile yurtdışında bulunmasından kaynaklanmıştır.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği ve Polikliniği ile Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Biriminde kanser tanısıyla 15 Temmuz 2017-15 Mart 2018 tarihleri arasında tedavi ve takibi yapılan tüm kanser hastaları oluşturmuştur (Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde poliklinik ve yatan hasta sayısı: 14.870, ayaktan kemoterapi sayısı 8.577, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Hastanesi ayaktan kemoterapi sayısı aylık ortalama 1.000'dir).

Araştırmanın örnek büyüklüğü, ölçek geliştirme çalışmaları için öngörülen örnek büyüklüğü hesaplanmasında kullanılan aşağıdaki formül uyarınca hesaplanmıştır.

$$\text{Örnek sayısı} = (\text{Madde Sayısı}) \times (\text{Gözlem/kişi sayısı})$$

Bu hesaplama göre örnek büyüklüğünün belirlenmesinde geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirilecek olan ölçekte yer alan her bir madde başına 5-30 kişi olması önerilmektedir (100-101). Bu çalışmada veri toplama aşaması öncesinde araştırmanın yürütüleceği birimlerdeki yıllık hasta verileri göz önünde bulundurularak geçerliliği ve güvenilirliği test edilecek ölçekte yer alan her bir madde için en az 10 hasta olacak şekilde örnek büyüklüğünün hesaplanması öngörülmüş ve toplam 460 hastaya ulaşılması planlanmıştır ($46 \text{ Madde} \times 10 = 460$). Ancak veri toplama aşamasında, hastaların araştırmaya katılmayı istememesi, tedavi protokolleri nedeni ile tekrarlı hasta başvurularının olması gibi nedenlerden dolayı veri toplama aşamasının sonunda toplam 232 hastaya ulaşılabilmiştir. Bu durumda bu çalışmada geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirilen ölçekte yer alan her bir madde başına 5 hastanın olduğu görülmektedir. Ulaşılan kişi sayısının da ölçek geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinde önerilen sınırların altında kalmadığı görülmüştür.

Araştırmaya dâhil olma kriterleri:

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- Kanseri tanısı almış olmak
- Karnofsky performans skalası puanı ≥ 30 olmak
- 18 yaş ve üzeri olmak
- Türkçe iletişim kurabilmek
- İletişime engel olabilecek mental yetersizliği olmamak

Palyatif bakımın tanı anında başlayıp yaşamın sonuna kadar devam eden bir süreç olduğu göz önünde bulundurularak araştırmaya dahil olma kriterlerinde tanı süresi ile ilgili bir kısıtlama getirilmemiştir.

3.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma metodolojik tipte epidemiyolojik bir araştırmadır.

3.4. Araştırmanın değişkenleri

Araştırmanın değişkenleri hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, birlikte yaşadığı kişi(ler), çalışma durumu, gelir durumu, bakımından sorumlu kişi, tanısı, hastalık süresi hastalığın evresi, metastaz durumu, diğer kronik hastalıkların varlığı, uygulanan tedaviler, Karnofsky Performans ölçek puanı, Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeği puanı ve FACIT-Pal ölçeği puanlarıdır.

3.5. Araştırmanın insan gücü

Araştırma verileri Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde araştırmacının kendisi ve iki onkoloji hemşiresi tarafından toplanmıştır. Bu hemşireler Gülhane Tıbbi Onkoloji Kliniği'nde çalışan, İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora eğitimine devam etmekte ve veri toplama ve araştırma yapma konusunda deneyimli kişilerdir. Veri toplamaya yardımcı olan iki hemşireye araştırmacı tarafından araştırmanın amacı, veri toplama formlarının içeriği ve cevaplama şekli gibi konularda bilgilendirme yapılmıştır. Hemşirelerin veri toplama süreci ve formlarına ilişkin soruları cevaplanmıştır. Araştırmacı, veri toplama aşaması başlamadan önce veri toplamaya yardımcı olan hemşireler ile asıl örnekleme dahil edilmeyen dört hastadan birlikte veri toplamıştır. Veri toplamada görev alan herkesin aynı yolu izlediğinden emin olunduktan sonra çalışmanın veri toplama süreci başlamıştır. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Hastanesi'nde veriler sadece araştırmacı tarafından toplanmıştır.

3.6. Veri Toplama Formları

3.6.1. Hasta Bilgileri Anket Formu: Araştırmacılar tarafından literatür incelemesi sonucunda oluşturulan bu form, hastaların bazı sosyodemografik (doğum tarihi, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, gelir durumu ve bakımından sorumlu olduğu kişi) ve tıbbi özelliklerine (tanı, tanı tarihi, evresi, metastaz durumu, uygulanan tedaviler, başka kronik hastalığı olma ve performans durumu) ilişkin 15 sorudan oluşmaktadır (EK-1).

3.6.2. Karnofsky Performans Skalası (KPS): Klinik onkolojide fonksiyonel durumu belirlemek için yaygın olarak kullanılan KPS, Karnofsky ve Burchena (101) tarafından 1948 yılında kemoterapi alan kanser hastalarının performans durumlarının değerlendirilmesi için geliştirilmiş ve sonrasında farklı kanser gruplarında geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirilmiştir. KPS ile bireyin fonksiyonel durumu 100 puandan (normal fonksiyon), 10'ar puan azalarak 0 puana (ölüm) kadar giden fonksiyon kaybını göstermektedir (103-107). Ülkemizde KPS'nin geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirilmesinin yapıldığı bir araştırma bulunmamasına rağmen tüm dünyada olduğu gibi hem klinik hem de araştırma alanında kanser hastalarının performans durumunun değerlendirilmesi amacı ile yaygın olarak kullanılmaktadır (108-114)(EK-2)

3.6.3. Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeği: Bruera ve ark. (115) tarafından 1991 yılında kanser hastalarında yaygın olarak görülen dokuz semptomun değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte yer alan semptomlar ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini iyi hissetmeme, nefes darlığı, cilt ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yaralar, ellerde uyuşma ve diğer sorunlardır. Her bir semptomun şiddeti 0'dan 10'a kadar sayılar ile değerlendirilmektedir. 0 puan semptomun olmadığını, 10 puan ise semptomun çok şiddetli hissedildiğini göstermektedir. Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri Sadırlı ve Ünsar (116) tarafından 2009 yılında kanser hastaları ile yapılmıştır (EK-3).

3.6.4. Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi-Palyatif Bakım Ölçeği (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care (FACIT-Pal) (EK-4).

Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi-Palyatif Bakım (FACIT-Pal) Ölçeği, klinik araştırma alanında geniş çaplı kullanılan, palyatif bakıma özel Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirmesi Ölçüm Sistemi Kuruluşu (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement System) yaşam kalitesi ölçeklerinden birisidir.

FACIT ölçüm kuruluşu, tedavi edilemeyen kronik durumlarda sağlık ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için geniş kapsamda psikometrik olarak güçlü

yapılandırılmış ölçüm araçları geliştirmekte ve kullanıma sunmaktadır (117). FACIT ölçeği orjinal olarak kanser hastaları için Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi-Genel (FACT-G) olarak bilinen, 27 maddelik sağlık ilişkili bir yaşam kalitesi ölçüm aracı olarak geliştirilmiştir (118). İlk olarak geliştirildiği zamandan bu yana FACT-G çok sayıda kanser türü, Multipl Skleroz ve HIV/AIDS hastaları için duruma özgü bazı maddeler eklenerek modifiye edilmiş ve farklı hasta grupları için uygun hale getirilmiştir (117). FACT-G sağlık ilişkili yaşam kalitesinin dört alt boyutunu içermektedir: ‘fiziksel iyilik hali’, ‘sosyal yaşam/aile iyilik hali’, ‘duygusal iyilik hali’ ve ‘fonksiyonel iyilik hali’. Ölçeği cevaplandırma süresi ortalama 10-15 dakikadır. Ölçek maddeleri son bir haftayı değerlendiren cümleler içermektedir.

FACT-G ölçeğinin Türkçe formunun, kültürel uyarlanması FACIT kuruluştan tarafından yapılmıştır (119,120).

Bu araştırma kapsamında geçerlilik ve güvenilirliği test edilen FACIT-Pal ölçeği, 27 maddelik FACT-G ölçeğine ek olarak geliştirilen 19 maddelik diğer endişeler/palyatif bakım alt boyutunu da içeren ve kanser hastalarının palyatif bakıma ilişkin yaşam kalitesinin ölçülmesine yönelik geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır. FACT-G ölçeğine eklenen diğer endişeler/palyatif bakım alt boyutundaki 19 madde Greisinger ve ark. tarafından farklı kanser türleri tanısı almış olan ve beklenen yaşam süresi altı ay yada daha kısa olan hasta ve hasta yakınları ile görüşmeler sonucunda oluşturulmuştur. Bu görüşmelerde hastaların aileleri hakkındaki duyguları, umutsuzluk ve diğer kişilere karşı hissettiklerini açıkça göstermek gibi yaşam kalitesine ilişkin konuları ortaya konmuştur. Sonuç olarak bu görüşmeler sonucunda diğer endişeler/palyatif bakım alt boyutunda son dönem ilerlemiş hastalığı olan bireylerde semptomlar (solunum sıkıntısı, konstipasyon ve ağız kuruluğu gibi), aile ve arkadaş ilişkileri (ailenin kendisine kıymet verdiğini hissetmek, aileye yük olduğunu düşünmek, arkadaşlar ile iletişimi sürdürmek gibi), yaşamın sonuna yaklaşıldığında yapılacaklar (küs oldukları kişiler ile barışmak, umutlu hissetmek, her gününü iyi değerlendirmek gibi) ve karar verme/iletişim yeteneği (karar verebilme, düşüncelerin net/açık olması ve kaygıların açıkça tartışılması gibi) ile ilişkili olan maddeler yer almıştır. Lyons ve ark. nın belirttiği üzere, Greisinger ve ark. tarafından hasta ve hasta yakınları ile görüşmeler sonucunda oluşturulan palyatif bakım alt boyutu maddelerinin

psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi yapılmamıştır. Bu nedenle diğer endişeler/palyatif bakım alt boyutunun ilave edildiği FACIT-Pal ölçeğinin ilk geçerlilik ve güvenilirlik analizleri Lyons ve ark. (21) tarafından Amerika’da 256 ileri evre kanser hastası ile yapılmış ve ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğuna ilişkin sonuçlar yayınlanmıştır.

FACIT-Pal ölçeğinde yer alan diğer endişeler/palyatif bakım alt boyutu, FACT-G’nin diğer alt boyutları gibi tek bir alt boyut gibi değerlendirilmiştir (22). FACIT-Pal ölçeğinin psikometrik özellikleri üç Afrika ülkesinde Siegert ve ark. (121) tarafından ve Almanya’da Sewtz ve ark. (122) tarafından değerlendirilmiş ve geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca FACIT-Pal’in 14 maddelik kısa formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları da Zeng ve ark. (22) ve Shinall ve ark. (123) tarafından değerlendirilmiş ve ölçeğin kısa formunun da geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir.

FACT-G ölçeğinin Türk toplumu için uyarlanması yapılmış olmasına rağmen FACIT-Pal ölçeğinin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmamıştır. Bu araştırma kapsamında FACIT-Pal Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi yapılmıştır.

Ölçeğin Puanlanması ve Puanların Yorumlanması

Toplam 46 maddeden oluşan (27 madde FACT-G ve 19 madde yeni eklenen diğer endişeler/palyatif bakıma özgü maddeler) ölçekte cevaplamada beşli Likert tipi cevaplama sistemi (0: Hiç, 1: Çok az, 2: Biraz, 3: Oldukça, 4: Çok fazla) kullanılmaktadır. Toplam puan 0-184 arasındadır. FACIT-Pal ile yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal yaşam/aile, duygusal ve fonksiyonel iyilik hali alt boyutlarının yanı sıra palyatif bakıma özgü durumların değerlendirildiği diğer konular/palyatif bakım alt boyutu da bulunmaktadır.

FACIT-Pal ölçeğinin puan hesaplamasında boş bırakılan maddeler de dikkate alınmaktadır. Ölçeğin geneli ve alt boyutları için puan hesaplaması aşağıda açıklanmıştır.

Fiziksel iyilik hali alt boyutu: Toplam 7 madde bulunmaktadır. Tüm maddelere verilen yanıtlar ters kodlandıktan sonra alt boyut toplam puanı elde edilir. Puan hesaplamasında

[maddelere verilen puanların toplamı X 7 (madde sayısı)] / cevaplanan madde sayısı formülü kullanılır. Eğer bu alt boyutta bulunan maddelerin tamamı eksiksiz cevaplanmış ise bütün maddelerin toplamı toplam puanı vermektedir. Toplam puanın yüksek olması fiziksel sağlığın yüksek algılandığını göstermektedir.

Sosyal yaşam/aile iyilik hali alt boyutu: Toplam 7 madde bulunmaktadır. Ters kodlanan madde yoktur. Puan hesaplamasında

[maddelere verilen puanların toplamı X 7 (madde sayısı)] / cevaplanan madde sayısı formülü kullanılır. Eğer bu alt boyutta bulunan maddelerin tamamı eksiksiz cevaplanmış ise bütün maddelerin toplamı toplam puanı vermektedir. Toplam puanın yüksek olması sosyal yaşam ve aile iyilik durumunun yüksek algılandığını göstermektedir.

Duygusal iyilik hali alt boyutu: Toplam 6 madde bulunmaktadır. Bir, üç, dört, beş ve altıncı maddelere verilen yanıtlar ters kodlandıktan sonra alt boyut toplam puanı elde edilir. Puan hesaplamasında

[maddelere verilen puanların toplamı X 6 (madde sayısı)] / cevaplanan madde sayısı formülü kullanılır. Eğer bu alt boyutta bulunan maddelerin tamamı eksiksiz cevaplanmış ise bütün maddelerin toplamı toplam puanı vermektedir. Toplam puanın yüksek olması duygusal durumun iyi algılandığını gösterir.

Fonksiyonel iyilik hali alt boyutu: Toplam 7 madde bulunmaktadır. Ters kodlanan madde yoktur. Puan hesaplamasında

[maddelere verilen puanların toplamı X 7 (madde sayısı)] / cevaplanan madde sayısı formülü kullanılır. Eğer bu alt boyutta bulunan maddelerin tamamı eksiksiz cevaplanmış ise bütün maddelerin toplamı toplam puanı vermektedir. Toplam puanın yüksek olması günlük faaliyetlerini daha çok yerine getirdiğini gösterir.

Diğer endişeler/ palyatif bakım alt boyut: Toplam 19 madde yer almaktadır. Palyatif bakım alt boyutunda yer alan maddelerden Pal4, B1, Pal5, C2, O2, Pal6 ve Pal7 maddelerine verilen yanıtlar ters kodlanmaktadır. Puan hesaplamasında

[maddelere verilen puanların toplamı X 19 (madde sayısı)] / cevaplanan madde sayısı formülü kullanılır. Eğer bu alt boyutta bulunan maddelerin tamamı eksiksiz cevaplanmış ise bütün maddelerin toplamı toplam puanı vermektedir. Maddelerin toplamı ile alt boyut toplam puanı elde edilmektedir. Toplam puanın yüksek olması yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir.

FACIT-Pal toplam puanı bütün alt boyutların puanlarının toplamı ile elde edilmektedir. Toplam puanın yüksek olması yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir (124).

3.7. Araştırmanın Veri Kaynağı ve Uygulama

Araştırmada veriler hastalar ile yüz yüze görüşme ya da anketlerin hastalara verilerek gözlem altında anket doldurulması şeklinde toplanmıştır. Bazı tıbbi bilgiler (tedaviler ve hastalık evresi gibi) hasta dosyalarından öğrenilmiştir.

Veriler klinikte yatan hastalar için hasta odasında ya da dinlenme salonu boş ise dinlenme salonunda, ayaktan hastalardan kemoterapi tedavisi alan hastalar ile ilaç aldığı sürede ayaktan kemoterapi biriminde veya sadece kontrol amaçlı gelen hastalar ile boş poliklinik odalarında toplanmıştır. FACIT kuruluşu kapsamında yer alan ölçeklerin uygulanması konusundaki rehberine uygun olarak (134) ölçeği kendisi doldurabileceğini belirten hastalara veri toplama formları ve kalem verilerek ölçeği nasıl doldurulacağı anlatılmış ve eğer anlaşılmayan bir yer olur ise araştırmacıya sorabilecekleri belirtildikten sonra kendilerinin doldurması beklenmiştir. Diğer hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi ile anketler doldurulmuştur. Anketlerin doldurulması ortalama 15-20 dk. sürmüştür.

3.8. Etik Konular

Araştırma için, GATA Etik Kurul Başkanlığı Etik Kurul onayı (EK-5) ve Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Hastanesi'nden araştırmanın ilgili hastanede yürütülebilmesi için yazılı izin (EK-6) alınmıştır. Verilerin toplanmasında hastalara gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalardan sözel onam alınmıştır.

3.9. FACIT-Pal ölçeğinin Adaptasyon Aşamaları

3.9.1 FACIT-Pal Ölçeğinin Adaptasyon Çalışması İçin İzinlerinin Alınması

Bu araştırma sürecinde gerekli olan izinlere ilişkin açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

FACIT-Pal Ölçeğini Kullanma İzni

Araştırma konusunun belirlenmesinden sonra ilk olarak bu tez çalışmasında Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği analiz edilecek olan FACIT-Pal ölçeğinin bu çalışmada kullanılması ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi için gerekli izinlerin alınması amacı ile FACIT kuruluştaki yetkilileri ile e-posta aracılığı ile iletişim kurulmuştur. FACIT kuruluştaki ölçeğin bu araştırma kapsamında Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılmasına e-posta aracılığı ile onay vermiştir (EK-7). Ayrıca FACIT kuruluştaki yetkili kişi, FACIT organizasyonuna ait ölçüm araçlarının farklı bir toplumda geçerlilik ve güvenilirliğinin analiz edilmesinde izlenmesi gereken prosedürleri ve ilerleyen bölümlerde açıklanmış olan süreci araştırmacılara bildirmiştir. Araştırmacı, ilerleyen bölümlerde ayrıntıları açıklanan araştırmanın dil geçerliliği ve ölçeğin yüzey geçerliliği/anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi aşamalarında FACIT kuruluşundan yetkili aynı kişi ile iletişim halinde olmuş ve fikir alışverişi ile bu aşamalar tamamlanmıştır.

3.9.2. FACIT-Pal Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması

A. FACIT-Pal Ölçeği Geçerlilik Çalışması

Bu çalışmada FACIT-Pal ölçeğinin geçerlilik analizleri için dil geçerliliği, yüzey geçerliliği, ölçüt geçerliliği ve yapı geçerliliği analizleri yapılmıştır.

1. FACIT-Pal Ölçeği Dil Geçerliliği

FACIT-Pal ölçeğinin Türkçe formunun oluşturulması ve dil geçerliliğinin değerlendirilmesinde aşağıda ayrıntıları açıklanan, Bonomi ve ark. (125) tarafından geliştirilen ve FACIT kuruluşu tarafından güncellenerek kabul edilen, ölçüm

araçlarının farklı dillere çevirisi ve uyarlanmasında kullanılan standart yöntem kullanılmıştır (Tablo 3.1.). Bu araştırma kapsamında FACIT-Pal ölçeği dil geçerliliği için uygulanan yöntemler ve sonuçlar bulgular bölümünde ayrıntılı olarak açıklanmıştır.



Tablo 3.1. FACIT kuruluşu ölçüm araçları dil geçerliliği çeviri ve ölçek anlaşılabilirliği değerlendirme süreci

Basamaklar	Amaç/ Gerekenler	Personel	Süreç
1. Hazırlık	FACIT kuruluşuna ait ölçüm araçlarının kullanma izninin alınması	Sorumlu araştırmacı ve FACIT organizasyon yetkilisi	FACIT kuruluşu yetkilisi ile e-posta aracılığı ile iletişime geçilmesi
2. İleri çeviri (Ölçüm aracının uyarlanmasının yapılacağı dile çevirisi)	Ölçüm aracının iki farklı kişi tarafından yapılmış çevirisinin elde edilmesi. Ana dildeki asıl anlamın korunması için basit bir anlatım kullanılması	Anadili Türkçe olan ve İngilizce'ye hakim olan iki farklı kişi	Çeviri yapacak kişilerin ölçüm aracının amacı ve kavramsal yapısı hakkında bilgilendirilmesi.
3. Mutabakat sağlama	Herbir madde için bir önceki aşamada yapılan iki farklı çeviriden hangisinin daha uygun olduğuna karar vermek ve eğer iki çeviri arasında anlam olarak çok fark var ise gerekli görüldüğünde tekrar çevirinin yaptırılması.	Anadili Türkçe olan, hem Türkçe'ye hem de İngilizceye hakim olan en az 1 kişi.	Her bir madde için iki farklı İngilizce çevirinin farklılıkların azaltılması ve uygun çeviriye karar verilmesi.
4. Orijinal dile tekrar çeviri	Ölçüm aracının uyarlanmasının yapılacağı dile yapılan çeviriden bir kez tekrar ölçüm aracının orijinal diline geri çevirisinin yapılması. Basit ve sade bir dilin kullanılması.	Anadili Türkçe olan ve İngilizceye hakim olan bir kişi.	Orijinal dile çeviride çeviri yapan kişinin yorumunu katmadan, ölçekte yer alan maddelerin doğrudan, olduğu gibi çevirisinin yapılması. Çeviriyi yapan kişi ölçüm aracının kavramsal yapısını bilmemesi ve orijinalini görmemelidir.
5. Tekrar çevirinin incelenmesi	Tekrar çevirinin son halinin oluşturulması için, yapılan çevirinin orijinal İngilizce ölçüm aracında bulunan maddeler ile kavramsal olarak karşılaştırılması.	Dile hakim uzman 3-4 kişi	Tekrar çevirinin son halinin oluşturulması ve çevirinin gözden geçirilmesi
6. Çevirinin uygunluğunun değerlendirilmesi/ Harmonizasyon	Her bir maddenin tekrar çevirisinin kalitesinin, ölçüm aracının Türkçe versiyonunun orijinali ile aynı anlamı taşıyıp taşımadığının değerlendirilmesi amacı ile orijinal dili ile karşılaştırılması. Kavramsal olarak farklı olan çevirilerin ve anlamların ortaya konması.	FACIT kuruluşu dil koordinatörleri ve her iki dile hakim uzman.	Tekrar çevirinin son halinin FACIT kuruluşuna gönderilmesi. FACIT dil koordinatörleri, çeviri ekibi bütün maddelerin orijinal ve tekrar çevirilerini karşılaştırarak çevirilerin uygunluğuna karar verilmesi. Tekrar çevirinin uygun bulunmadığı durumlarda gerekirse çeviri sürecinin yeniden yapılmasının talep edilmesi. Değerlendirmeler sonucunda ölçüm aracının uyarlanması yapılacak dilde son hali oluşturulması.

Tablo 3.1 (Devam). FACIT kuruluşu ölçüm araçları dil geçerliliği çeviri ve ölçek anlaşılabilirliği değerlendirme süreci

Basamaklar	Amaç/ Gerekenler	Personel	Süreç
7. Bilişsel sorgulama/ölçek maddelerin anlaşılabilirliği	Ölçeğin anlaşılmasının ve kabul edilirliliğinin değerlendirilmesi	Araştırmacılar ve anadili ölçek uyarlamasının yapıldığı dil (Türkçe) olan hastalar (en az 10 uygun tanısı olan hasta)	Son hali oluşturulan çevirisi yapılmış ölçek, kanser hastaları ile maddelerin anlaşılabilirliği veya rahatsız edici bir durumunun olup olmadığının ve daha fazla revizyon yapılmaya ihtiyaç olup olmadığının belirlenmesi amacı ile test edilir. Hastalar ile görüşmeler FACIT kuruluşu tarafından gönderilen görüşme formuna kaydedilir.
8. Bilişsel sorgulamanın gözden geçirilmesi	Bu aşamada ölçüm aracının uyarlanması yapılacağı dildeki çevirisinin en son hali oluşturulur. Çeviri maddelerinin ölçüm aracının orijinal diline tam olarak uygunluğuna, hastalar için de aynı anlamı verdiğine karar verilir ve uygulamada kullanmak üzere ölçüm aracının son hali oluşturulur.	Araştırmacılar ve hastalar ile görüşmeyi yapan kişiler	Bilişsel sorgulama sonuçları araştırmacılar ve görüşmeleri yapan bir hemşire tarafından incelenir.
9. Son rapor	Ölçüm aracının Türkçe versiyonunun son halinin elde edilmesi.	Araştırmacılar ve FACIT kuruluşu dil koordinatörleri	Bilişsel sorgulama sürecinde yapılan hasta görüşme raporları İngilizce çevirisi yapılarak FACIT kuruluşu yetkililerine gönderilir. FACIT yetkilileri ölçek maddelerinin hedef grup tarafından anlaşılıp anlaşılmadığını, orijinal ölçekte sorulması istenen aynı kavramı sorup sormadığını görüşme raporlarına göre değerlendirir.

2. FACIT-Pal Ölçeği Yüzey Geçerliliği (Anlaşılabilirliği)

FACIT-Pal ölçeğinin yüzey geçerliliğinin değerlendirilmesi amacı ile çeviri aşamaları tamamlanan ve Türkçe formunun son hali oluşturulan ölçek 13 kanser hastasına uygulanarak FACIT kuruluşunun belirtmiş olduğu yöntemlere göre değerlendirilmiştir (Tablo 3.1). Bu araştırma kapsamında FACIT-Pal ölçeği yüzey geçerliliği (anlaşılabilirliği) için uygulanan yöntemler ve sonuçlar bulgular bölümünde ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

3. FACIT-Pal Ölçeği Yapı Geçerliliği

FACIT-Pal ölçeğinin yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yöntemleri kullanılmıştır.

Bu çalışmada geçerliliği ve güvenilirliği değerlendirilen FACIT-Pal ölçeğinin 5'li Likert ölçeği (sıralı katagorik değişken) olması ve Mardia'nın çok değişkenli çarpıklık testi sonucuna göre ($\chi^2 = 661,1$, $sd=165$, $p<0,001$) değişkenlerin çok değişkenli normal dağılım varsayımını sağlamaması nedeni ile AFA için Polikorik korelasyona dayalı Temel Bileşenler Analizi ve DFA için "ağırlıklandırılmamış en küçük kareler tahmin yöntemi" kullanılmıştır (126,127).

AFA'nde birden fazla faktör ortaya çıkartmak amaçlandığından, faktör yüklerinin daha doğru dağılımı için eğik döndürme yöntemlerinden birisi olan doğrudan oblimin döndürmesi kullanılmıştır (97,98).

Polikorik temelli AFA ve ağırlıklandırılmamış en küçük kareler tahmin yöntemi ile yapılan DFA yöntemlerinde, veri setinde eksik veri (cevapsız madde) bulunmaması gerekmektedir. Ölçekte yer alan maddelerde eksik veri olduğunda istatistik paket program analizi yapmamakta ve hata vermektedir. Bu nedenle katılımcıların %70,25'inin cevapsız bıraktığı GS7 "Cinsel hayatım tatmin edici" maddesi AFA'ne dahil edilememiştir. İlgili maddeyi cevapsız bırakan katılımcı sayısı çok fazla olduğu için madde puanı olarak herhangi bir puan ataması yapılmamış, madde analize dahil edilmemiştir. Bu madde çıkarıldıktan sonra kalan 45 maddenin tamamı analize dâhil edilerek ölçeğin orijinalindeki 5 faktörlü yapıya hangi değerler ile yüklendiği analiz edilmiştir. Faktör analizi için ilk olarak FACIT-Pal ölçeğin orijinal faktör sayısına bağlı kalarak ölçeğin Türk kültür yapısına ve bu çalışmada elde edilen veri yapısına uygun faktör yapısı AFA ile ortaya konmuş, sonrasında bu

çalışmadaki verilerin oluşturduğu yapı DFA ile doğrulanmıştır. İkinci olarak FACIT-Pal ölçeğinin tamamen orijinal yapısı DFA ile analiz edilmiş ve bu çalışmadaki veri setinden elde edilen DFA uyum indeksleri ve orijinal ölçek için yapılan DFA uyum indeksleri karşılaştırılarak yapı geçerliliği hakkında karara varılmıştır.

DFA sonuçları uyum iyiliği indeks değerlerinin standart uyum kriterlerine uygun olup olmaması değerlendirilmiştir.

Faktör analizi öncesinde, eldeki veri yapısının analize uygunluğunun ve korelasyon matrisinin faktörlenebileceğinin değerlendirilmesi için Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) ve Bartlett küresellik testi kullanılmıştır (128,129). Örneklem yeterliliği, KMO değerinin 0,60'ın üzerinde olması ve değişkenlere ait korelasyon matrisinin birim matristen farklılığı Bartlett testi p değerinin 0,05'en küçük olması ile gösterilmiştir (98,99).

AFA sonucunda, ölçeğin faktör yapısı değerlendirilirken, her bir faktör grubunda yer alan maddelerin en az "0,30" faktör yüküne sahip olmasına dikkat edilmiştir (97-99).

4. FACIT-Pal Ölçeği Ölçüt Geçerliliği

FACIT-Pal ölçeği puanlarının FACT-G alt boyutları, Karnofsky Performans Skalası ve Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeği puanları ile arasındaki ilişki analiz edilerek FACIT-Pal ölçeğinin ölçüt geçerliği değerlendirilmiştir. Ölçüt geçerliliğinin test edilmesinde, FACIT-Pal ölçeği puanları ile FACT-G alt boyutları, Karnofsky Performans Skalası ve Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeği puanları arasında korelasyon katsayısı hesaplanarak değerlendirme yapılmıştır. Ölçüt geçerliliğinin sağlanması için korelasyon kat sayısının en az 0.30 olması kriter olarak kabul edilmiştir (98).

B. FACIT-Pal Ölçeği Güvenilirlik Çalışması

Bu araştırmada FACIT-Pal ölçeğinin güvenilirlik analizleri için iç tutarlılık analizi, test-tekrar test güvenilirlik analizi, madde analizleri yapılmıştır.

1. İç Tutarlılık Analizleri: Bu araştırmada FACIT-Pal ölçeğinin iç tutarlılık güvenilirliğinin değerlendirilmesinde “Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı hesaplaması” ve “yarıya bölme yöntemi” kullanılmıştır (98,130).

Cronbach Alfa: Bu çalışmada, ölçeğin geneli ve alt boyutlar için Cronbach alfa katsayıları hesaplanmıştır. Ölçek için Cronbach alfa katsayısının 0,70 ve üzeri olması iç tutarlılık için kriter alınmıştır (98).

Yarıya Bölme Yöntemi, testin iç tutarlılığını değerlendirmede kullanılan bir diğer yöntemdir. Bu çalışmada “birinci yarı-ikinci yarı” şeklinde yarıya bölme işlemi uygulanmıştır. Ölçekte yer alan 46 madde için “Spearman-Brown formülü ile düzeltilmiş sonuçlar” değerlendirmeye alınmıştır. Yarıya bölme güvenilirlik kat sayısının en az 0,70 olması iç tutarlılık için kriter olarak kabul edilmiştir (98).

2. Test-Tekrar Test Güvenilirliği: Test-tekrar test güvenilirlik analizinde, FACIT-Pal ölçeği ilk uygulamadan 2-4 hafta sonra, 60 hastaya tekrar uygulanmıştır. Tekrar test için bu süre içinde tekrar ayaktan kemoterapi almaya veya kontrole gelen hastalar seçilmiştir. İlk ve ikinci uygulama toplam puanları arasındaki tutarlılığı belirlemek için Spearman korelasyon analizi ile “kararlılık katsayısı” hesaplanmıştır (98).

3. Madde Analizi: Bu çalışmada ölçülmek istenen özelliği ölçmede, her maddenin ölçme gücünü belirlemek için Likert tarafından önerilen madde analizi yöntemlerinden Korelasyonlara Dayalı Madde Analizi kullanılmıştır (130).

Korelasyonlara Dayalı Madde Analiz:

a. Korelasyonlara dayalı madde analizinde ilk olarak ölçekteki maddelerin aynı niteliği iyi bir şekilde ölçüp ölçmediği ve maddelerin kavramsal yapıya yaptıkları katkı konusunda fikir sahibi olabilmek için FACIT-Pal ölçeğinin “düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayıları (madde-kalan korelasyon katsayısı)” hesaplanmıştır. Bu araştırmada da düzeltilmiş maddeden toplam puan korelasyon katsayısının çıkartılmasında sonucun negatif ve 0,20’den küçük olması ve maddenin ölçekten çıkartılması durumunda, ölçek için hesaplanan Cronbach alfa katsayısının

yükselmesi, ilgili maddenin ölçekten çıkartılması için belirleyici olarak kabul edilmektedir (98,131).

b. Korelasyona dayalı madde analizinde ikinci olarak ölçekte bulunan her bir madde için, maddenin puanları ile ölçek puanları arasında Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı hesaplanmıştır (132).

3.10. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde tanımlayıcı ve karşılaştırmalı istatistikler için IBM SPSS Versiyon 21.0 ve faktör analizi için FACTOR ve AMOS 21.0 istatistik paket programları kullanılmıştır. Verilerin analizine başlamadan önce ilk olarak veri toplama formları ile elde edilen bilgiler bilgisayar ortamına aktarılmış ve gerekli hata kontrolleri ve düzeltmeler yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayımla belirlenen değişkenler için sayı ve yüzde, ölçümle belirlenen değişkenler için ortalama±standart sapma, ortanca, en küçük-en büyük ve 1. çeyrek-3. çeyrek şeklinde gösterilmiştir. FACIT-Pal ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi için kullanılan analiz yöntemleri yöntem bölümünde ilgili başlıkların altında açıklanmıştır. İstatistiksel kararlarda $p<0,05$ seviyesi anlamlı farklılığın göstergesi olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu çalışmada Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi-Palyatif Bakım Ölçeğinin (FACIT-Pal) ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda, FACIT-Pal ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmış ve sonuçlar bu bölümde sunulmuştur.

4.1. Araştırmaya Katılanların Tanımlayıcı Özellikleri

Bu bölümde araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik ve tıbbi özellikleri, performans durumu ve deneyimledikleri semptomlara ilişkin tanımlayıcı bulgulara yer verilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1’de gösterilmiştir. Hastaların yaş ortalaması $51,94 \pm 15,30$ yıl olup, %43,5’i 40-59 yaş aralığındadır. Katılımcıların yarısından az fazlası kadın (%51,7); %73,7’si evli ya da bir partner ile yaşıyor; %44,0’ı ilkokul/ortaokul mezunudur. Katılımcıların %32,3’ü hiç çalışmadığını, %17,7’si hastalığından dolayı çalışmayı bıraktığını belirtmiştir. Grubun ifadesine göre %59,9’unun geliri giderine eşittir. Katılımcıların %41,8’i eşi ve çocukları ile yaşadığını ve eğer bakıma ihtiyacı olur ise %52,2’si bakımından sorumlu olan kişinin eşi olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (Ankara, 2017-2018)

Özellikler (n=232)	n	%
Yaş grubu		
20-39	50	21,6
40-59	101	43,5
60-79	76	32,8
80 ve üzeri	5	2,2
X±SS =51.94±15.30; Ortanca=54; 1.- 3. Çeyrek=43-63; en küçük-en büyük=20-85		
Cinsiyet		
Kadın	120	51,7
Erkek	112	48,3
Medeni durum		
Hiç evlenmemiş	34	14,7
Evli ya da partneri var	171	73,7
Boşanmış	9	3,9
Eşi ölmüş	18	7,8
Öğrenim durumu		
Okuryazar değil	10	4,3
Okuryazar	14	6,0
İlkokul/orta okul	102	44,0
Lise	53	22,8
Üniversite	47	20,3
Yüksek lisans ve üzeri	6	2,6
Çalışma durumu		
Çalışıyor	39	16,8
Hiç çalışmamış	75	32,3
Hastalığından dolayı işten ayrılmış	41	17,7
Emekli	77	33,2
Gelir durumu		
Geliri giderinden az	72	31,0
Geliri giderine eşit	139	59,9
Geliri giderinden fazla	21	9,1
Birlikte yaşadığı kişi(ler)		
Anne-baba	30	12,9
Eş ve çocuklar	97	41,8
Eş	69	29,7
Yalnız	8	3,4
Diğer*	28	12,1
Bakımından sorumlu olan kişi		
Eşi	121	52,2
Çocukları	36	15,5
Anne/babası	33	14,2
Eş ve çocukları	19	8,2
Diğer akrabalar	14	6,0
Yok	6	2,6
Resmi bakıcı	3	1,3

*Çocuklar; anne; kardeş; büyük anne/büyük baba

Araştırmaya katılan hastaların hastalığına ilişkin bazı bulgular Tablo 4.2.'de gösterilmiştir. Katılımcıların %57,8'i ayaktan hastadır. Hastaların en sık aldığı tanımlar meme kanseri (%21,6), genito-üriner kanserler (%19) ve gastro-intestinal kanserlerdir (%18,1). Katılımcıların 22,5'i evre 4 ve 3 kanser tanısına sahipken %63,4'ünün (n=147) kanser evresi belirtilmemiştir. Katılımcıların yaklaşık dörtte biri (23,3) bir yıldan daha uzun süre (25 ay ve üzeri) önce tanı almış ve %64,7'sinde metastaz bulunmamaktadır. Hastaların %33,2'sinin kanser dışında başka bir kronik hastalığı bulunmaktadır (Tablo 4.2.).

Katılımcıların tedavi sürecine ilişkin bazı bulgular Tablo 4.3.'de gösterilmiştir. Kemoterapi tek başına (%33,2) ve diğer tedaviler ile kombine olarak en sık kullanılan tedavi seçeneğidir. Kanser tedavilerinde sık kullanılan diğer tedavi seçeneklerinden radyoterapi (RT) (%3,4) ve cerrahinin (%2,6) bu araştırmadaki katılımcılar için uygulanan tedavi seçenekleri arasında daha az sıklıkta olduğu görülmüştür. Katılımcıların %1,7'si için henüz tedaviye başlanmamıştır. Katılımcıların %54,3'ü (n=126) son iki hafta içerisinde her hangi bir kanser tedavisi almıştır. Kemoterapi tedavisi alan katılımcıların %73,4'ü son bir ay içerisinde KT almıştır. Radyoterapi alan katılımcıların % 59,5'i bir aydan daha fazla süre önce RT almıştır. Cerrahi uygulanan katılımcıların %43,6'sına 10 ay ve daha fazla süre önce cerrahi uygulanmıştır (Tablo 4.3.).

Tablo 4.2. Katılımcıların hastalığına ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı (Ankara, 2017-2018)

Özellikler (n=232)	n	%
Hastaneye yatma durumu		
Yatan hasta	98	42,2
Ayaktan hasta	134	57,8
Tanı (n=214)*		
Meme kanseri	50	21,6
Genito-üriner kanserler**	44	19,0
Gastro-intestinal sistem kanserleri***	42	18,1
Akciğer kanseri	31	13,4
Hematolojik kanserler****	25	10,8
Diğer*****	22	9,5
Hastalığın evresi		
Evre 1	18	7,8
Evre 2	14	6,0
Evre 3	29	12,5
Evre 4	24	10,3
Belirtilmemiş	147	63,4
Tanı süresi (ay) (n=232)		
0-6	91	39,2
7-12	30	12,9
13 -18	14	6,0
19-24	15	6,5
25 ve üzeri	54	23,3
Bilinmiyor	28	12,1
X±SS= 26,4±46,5; Ortanca= 9,5; 1.-3. Çeyrek= 3,0-26,7; en küçük-en büyük= 0-286		
Metastaz		
Yok	150	64,7
Var	82	35,3
Kanser dışında başka hastalığı		
Yok	155	66,8
Var	77	33,2

*118 hastanın tanı bilgisine ulaşılammıştır.

**Over, serviks, testis, böbrek, prostat mesane

***Mide, rektum, kolon, karaciğer, safra kesesi, özefagus kanserleri

****Lösemi, lenfoma

*****Sarkom, pankreas kanseri, beyin tümörü, nazofarenks kanseri, timoma, maling mezotelyoma

Tablo 4.3. Katılımcıların tedavi sürecine ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı (Ankara, 2017-2018)

Özellikler	n	%
Uygulanan tedaviler (n=232)		
Sadece KT*	77	33,2
Sadece RT**	8	3,4
Sadece Cerrahi	6	2,6
KT+Cerrahi	51	22,0
KT+RT	33	14,2
KT+KİT***	5	2,2
RT+ Cerrahi	3	1,3
KT+RT+Cerrahi	41	17,7
KT+RT+KIT	4	1,7
Henüz tedavi başlanmamış	4	1,7
Son iki hafta içinde aktif tedavi		
Almış	126	54,3
Almamış	106	45,7
En son KT alma zamanı (n=211)****		
1 ay ve öncesi	155	73,4
1 aydan daha uzun süre önce	39	18,5
Bilinmiyor	17	8,1
X±SS= 3,9±20,8; Ortanca: 0,5; 1.- 3. Çeyrek= 0,2-1; en küçük- en büyük= 0,2-247		
En son uygulanan RT zamanı (n=89)****		
0-1 ay	34	38,2
1 aydan daha fazla süre	53	59,5
Bilinmiyor	2	2,3
X±SS = 11,2±30,8; Ortanca: 2; 1. -3. Çeyrek= 0,5-8; en küçük- en büyük=0,2- 247		
En son uygulanan cerrahi zamanı (n=101)****		
0-4 ay	26	24,8
5-9 ay	15	14,9
10 ay ve daha fazla	44	43,6
Bilinmiyor	16	15,9
X±SS = 26,11±45,43; Ortanca= 12,8; 1. -3. Çeyrek=3,6-29,3; en küçük-en büyük; 1-, en çok: 247		
*KT: Kemoterapi; **RT: Radyoterapi; ***KIT: Kemik iliği taransplantasyonu;**** İlgili tedavi yöntemini alan hasta sayılarının toplamı		

Katılımcıların Karnofsky Performans Skalası (KPS) puanlarına göre dağılımı Tablo 4.4.'te gösterilmiştir. KPS puanlarına göre katılımcıların performans durumları incelendiğinde katılımcıların %83,3'ünün KPS performans puanının 60 ve üzerinde olduğu görülmüştür. Bu durum katılımcıların çoğunluğunun performans durumunun normal ile gerektiğinde yardımla, fakat sıklıkla kendi ihtiyaçlarını karşılayabilen şeklinde değiştiğini göstermektedir. Katılımcıların %16,8'inin performans durumu "sıklıkla yardımla ve medikal destekle ihtiyaçlarını karşılayabilen" ile "ciddi düşkün olan ve hastane şartlarında yardım edilmesi gereken" arasındadır (KPS puanı 30-50) (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. Katılımcıların Karnofsky Performans Skalası puanlarına göre dağılımı (Ankara, 2017-2018)

Puan	Hastanın Performansı	n	%
100	Normal; şikâyeti ve hastalık bulgusu yok	-	-
90	Normal aktivitesini sürdürebilir; hastalık şikâyet ve bulguları minimal	25	10,8
80	Gayret ile normal aktivitesini sürdürebilir; bir miktar hastalık belirtisi var	64	27,6
70	Kendine bakabilen, ancak normal aktivitesi azalmış ve aktif çalışma yapamayan	54	23,3
60	Gerektiğinde yardımla, fakat sıklıkla kendi ihtiyaçlarını karşılayabilen	50	21,6
50	Sıklıkla yardımla ve medikal destekle ihtiyaçlarını karşılayabilen	27	11,6
40	Sürekli özel yardım ve bakım gerektiren	9	3,9
30	Ciddi düşkün olan ve hastane şartlarında yardım edilmesi gereken	3	1,3
20	Çok hasta, kesinlikle hastanede ve aktif destek tedavisine ihtiyacı olan	-	-
10	Ölümcül derecede olan	-	-
0	Ölü	-	-

Katılımcıların Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeğine göre deneyimledikleri semptomların şiddetine ilişkin bulgular Tablo 4.5.'te gösterilmiştir. Bu ölçeğe semptomların şiddeti 0-10 arasında görsel skala üzerinden değerlendirilmektedir. Katılımcıların deneyimledikleri semptomlar arasında şiddeti en yüksek olan ilk beş semptom yorgunluk, kendini iyi hissetmeme, iştahsızlık, endişe ve uykusuzluk şeklinde sıralanmaktadır.

Tablo 4.5. Katılımcıların Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeğine (ESDÖ) göre semptom şiddetinin dağılımı (Ankara, 2017-2018)

Semptomlar	X±SS	Ortanca	1. -3. Çeyrek	En küçük- en büyük
Yorgunluk	4,4±3,2	5	1-7	0-10
Kendini iyi hissetmeme	3,6±2,8	4	1-5	0-10
İştahsızlık	3,5±3,4	3	0,0-6,8	0-10
Endişe	3,1±3,1	2	0-5	0-10
Uykusuzluk	3,1±3,3	2	0-6	0-10
Ağrı	2,9±2,9	2	0-5	0-10
Üzüntü	2,8±2,9	2	0-5	0-10
Bulantı	2,5±3,0	1	0-5	0-10
Ellerde uyuşma	2,1±2,9	0	0-4	0-10
Nefes darlığı	2,1±2,9	0	0-4	0-10
Ciltte ve tırnaklarda değişiklik	2,0±2,7	0	0-4	0-10
Ağızda yara	1,8±2,6	0	0-3	0-10

4.2. FACIT-Pal Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi Bulguları

Bu bölümde, FACIT-Pal ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik analizlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

4.2.1. FACIT-Pal Ölçeği Geçerliliği Analiz Sonuçları

A. FACIT-Pal Ölçeği Dil Geçerliliği Analiz Sonuçları

FACIT-Pal Ölçeğinin Türkçeye Çevirisi ve Çevirinin Uygunluğunun değerlendirilmesi / Harmonizasyon Aşamaları

FACIT-Pal ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesinin bu araştırma kapsamında yapılması için FACIT kuruluşundan gerekli izinler alındıktan sonra ölçeğin çeviri sürecine başlanmıştır.

Bu çalışmada FACIT-Pal ölçeğinde bulunan ve yeni eklenen 19 maddelik palyatif bakım alt boyutu maddelerinden 15'inin Türkçe çevirisi yapılmıştır. Diğer 4

maddenin (B1, C2, O2 ve L1) Türkçe çevirileri ve anlaşılabilirliği daha önce ilgili maddelerin içinde yer aldığı ölçeklerin (FACT-B (Breast: meme kanseri), FACT-C (Colorectal: kolorektal kanserler), FACT-O (Ovarian: over kanseri) ve FACT-L (Lung: akciğer kanseri) Türkçe uyarlamasının yapıldığı farklı çalışmalarda değerlendirilmiştir (133, 134). FACIT kuruluşu, bu 4 maddenin daha önceden, bu çalışmada uygulanan prosedürler izlenerek çevirisi yapıldığı için yeniden çalışılmasına gerek olmadığını belirtmiştir. Bu çalışmada, bahsedilen 4 maddenin çevirisi yapılmamış, ancak bu maddeler palyatif bakım alt boyutunda yer alan diğer maddelerle birlikte geçerlilik ve güvenilirlik analizlerine katılmıştır.

Çeviri aşamasında ilk olarak FACIT-Pal ölçeğindeki maddelerin ölçeğin orijinal dili olan İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi yapılmıştır. İlk çeviriler anadili Türkçe olan ve İngilizce'ye hâkim olan iki farklı kişi tarafından (Amerika'da bir yıl yaşamış ve İngilizce konuşma ve yazma bericisi ileri düzey olan, biri Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, biri Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde görevli iki öğretim üyesi) yapılmıştır. Çeviri öncesinde çevirenlere araştırmanın amacı ve FACIT-Pal ölçeği hakkında genel bilgi verilmiştir. Çevirenler, birbirinden bağımsız olarak çevirileri yapmıştır. Çeviride mümkün olduğunca orijinal ölçekte yer alan maddeler ile aynı anlamı verecek şekilde ve dil bilgisi açısından da uygun olan çevirinin yapılması, sade bir dil kullanılması amaçlanmıştır. Elde edilen iki farklı çeviri, araştırmacı ve danışmanı tarafından incelenerek ölçekte yer alan her bir madde için uygun olan nihai Türkçe çevirilere karar verilmiştir.

Türkçe çevirisinin son hali oluşturulan FACIT-Pal ölçeği, anadili Türkçe olan İngilizce'ye hâkim üçüncü bir kişi (İngilizce öğretmeni) tarafından tekrar orijinal dili olan İngilizce'ye çevirilmiştir. Bu çeviriyi yapan kişi ölçeğin orijinal halini hiç görmemiş ve FACIT-Pal ölçeğini daha önce hiç duymamış olan, kavramsal olarak da ölçüm aracına yabancı olan bir İngilizce öğretmenidir. Elde edilen çeviri anadili Türkçe olan ve İngilizce'ye hâkim olan araştırmacı, danışmanı ve başka bir akademisyen tarafından gözden geçirilmiştir. Tekrar çevirinin içeriği orijinal ölçek maddeleri ile karşılaştırılarak çevirinin bu kez İngilizce son hali oluşturulmuştur.

FACIT kuruluşunun çeviri aşamasında kullanılmak üzere gönderdiği form (EK-8) içine her bir maddenin en son hali olan Türkçe'ye çevirileri ve Türkçe'den

İngilizce'ye tekrar çevirileri yerleştirilip çevirinin uygunluğunun değerlendirilmesi için FACIT kuruluğu yetkililerine e-posta aracılığı ile gönderilmiştir.

FACIT kuruluğu yetkilileri her bir madde için yapılan tekrar çevirileri ölçeğin orijinal dilindeki maddeler ile karşılaştırarak maddelerin aynı anlamı verip vermediği konusunda değerlendirme yapmıştır. Değerlendirmeler sırasında FACIT kuruluğu yetkilileri araştırmacılar ile görüş alışverişı yaparak FACIT-Pal ölçeğinin Türkçe versiyonunun son halini oluşturmuştur.

FACIT kuruluğu tarafından tekrar çevirilerin uygunluğunun değerlendirilmesi sürecine ilişkin bulgular Tablo 4.6.'da gösterilmiştir. Tekrar çevirilerin uygunluğunun FACIT kuruluğu tarafından değerlendirilmesi aşamasında Pal7, Br7, Pal10 ve Sp21 maddelerinin çevirilerinin yeniden gözden geçirilmesi istenmiştir. FACIT kuruluğu yetkilisi ve araştırmacıların karşılıklı fikir alış verişı sonrası ilgili maddelerin çevirilerinde Tablo 4.6'da gösterilen değişiklikler yapılmıştır. Bu kapsamda Pal7 maddesi için yapılan “ağız ve boğazımı kuru hissediyorum (“I feel my mouth and throat are dry”) tekrar çeviri cümlesinden “hissediyorum” ifadesinin çıkartılması ve maddenin sadece “ağzım ve boğazım kuruyor” şeklinde ifade edilmesine karar verilmiştir. Br7 maddesi için yapılan “bir başka kişiye bağımlı değilim” (I am not dependent on someone else) tekrar çeviri cümlesi için İngilizce'de “not dependent” ifadesinin kullanılamayacağı için sadece bağımsız olmak anlamına gelen “independent” kelimesinin kullanılması önerilmiştir. Sonuç olarak FACIT kuruluğu yetkilileri ve araştırmacılar tarafından bu maddenin “kendi kendime bakabiliyorum” şeklinde ifade edilmesine karar verilmiştir. Pal10 maddesi için yapılan “huzurlu hissediyorum (I feel peaceful)” tekrar çevirisindeki ifade daha önce Türkçe çevirisi yapılmış olan FACIT ölçeklerinde Sp1 maddesi ile bire bir aynı çeviri olduğu için sonuç olarak Pal10 maddesinin “kendimle barışığım (I am at peace with myself) şeklinde ifade edilmesine karar verilmiştir. Diğer maddeler için yapılan tekrar çeviriler uygun bulunmuştur (Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. FACIT-Pal ölçeği maddelerinin çeviri uygunluğunun değerlendirilmesi/harmonizasyon aşamaları (2016)

Madde No	Maddenin orijinali	Maddenin tekrar çevirisi	FACIT Kuruluşu yorumu	Son karar
Pal 1	I maintain contact with my friends	I am still in touch with my friends.	İyi görünüyor	Değişmedi
Pal 2	I have family members who will take on my responsibilities	There are some people who assume my responsibility in my family	İyi görünüyor	Değişmedi
Pal 3	I feel that my family appreciates me	My family appreciates me.	İyi görünüyor	Değişmedi
Pal 4	I feel like a burden to my family	I feel like I am a burden to my family.	İyi görünüyor	Değişmedi
Pal 5	I am constipated	I am constipated	İyi görünüyor	Değişmedi
Pal 6	I have swelling in parts of my body	I have swelling in some places of my body	İyi görünüyor	Değişmedi
Pal 7	My mouth and throat are dry	I feel my mouth and throat are dry	Bu çeviriden “I feel” ifadesini çıkartın ve sadece “my mouth and throat are dry” olarak kullanın	My mouth and throat are dry
Br 7	I feel independent	I am not dependent on someone else	Bunu sadece “independent” kelimesini kullanarak söylemin bir yolu var mı? İngilizcede biz cevap seçeneklerinden “hiç” seçeneği ile çift olumsuz anlam oluşturduğu için “not dependent” kullanılamaz. Eğer aynı kelime Türkçe’de mevcut değil ise ‘self-reliant’ or ‘self-dependent’ kelimeleri muhtemel alternatifler olabilir.	I can take care of myself
Pal 8	I feel useful	I feel useful	İyi görünüyor	Değişmedi
Pal 9	I make each day count	I make use of every single day	İyi görünüyor	Değişmedi
Pal 10	I have peace of mind	I feel peaceful	Biz bu çevirinin daha önce dil geçerliliği gösterilmiş olan Sp1 “kendimi huzurlu hissediyorum” maddesinden farklı olduğundan emin olmak istedik. Bu farklı mı?	Bu madde için yapılan geri çeviri “kendimi huzurlu hissediyorum” anlamından farklı olmadığı için Pal 10 maddesinin çevirisi “I am at peace with myself” olarak değiştirildi.
Sp21	I feel hopeful	I am hopeful	Eğer “Umutlu hissediyorum” ifadesi “am” yerine “feel” kullanıldığında aynı anlama geliyor ise biz “I am hopeful” yerine “I feel hopful” ifadesini kullanmayı tercih ederiz.	I feel hopeful
Pal 12	I am able to make decisions	I can decide	İyi görünüyor	Değişmedi
Pal 13	I have been able to reconcile (make peace) with other people	I can conciliate between other people	İyi görünüyor	Değişmedi
Pal 14	I am able to openly discuss my concerns with the people closest to me	I can talk about my concerns frankly to people who are close to me	İyi görünüyor	Değişmedi
B1	Daha önce Türkçe uyarlaması yapılan maddeler			
C2				
O2				
L1				

B. FACIT-Pal Ölçeği Yüzey Geçerliliği (Anlaşılabilirliği) Analiz

Sonuçları

Dil geçerliliğinin değerlendirilmesi sonrasında son hali oluşturulan maddeler ölçeğin yüzey geçerliliğinin/anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi amacı ile 13 kanser hastasına, bir onkoloji hemşiresi tarafından uygulanmıştır. Bu ön uygulamada görüşülen 13 hasta araştırmanın asıl örnek grubuna dahil edilmemiştir. Ön uygulamada görüşülen hastaların tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.7.'de gösterilmiştir. Ön uygulamada görüşülen katılımcıların 9'u (%69,2) kadın; 7'si (% 53,8) lösemi hastası; ve 4'ünün (%30,8) performans durumu "gün saatlerinin %50'sinden az bir zaman boyunca yatakta dinlenmem gerekiyor" şeklindedir. Tabloda gösterilmemekle birlikte ön uygulamaya katılan katılımcıların yaş ortalaması $45,77 \pm 15,30$ yıldır ve tamamı aktif tedavi almaktadır.

Table 4.7. FACIT-Pal ölçeği yüzey geçerliliği için görüşülen hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (Ankara, 2016).

Özellikler (n=13)	n	%
Cinsiyet		
Kadın	9	69,2
Erkek	4	30,8
Tanı		
Lösemi	7	53,8
Rektum kanseri	3	23,1
Mide kanseri	1	7,7
Akciğer kanseri	1	7,7
Over kanseri	1	7,7
Performans durumu		
Normal faaliyet düzeyi, hiçbir belirti yok	2	15,4
Bazı belirtiler var fakat gün saatlerinde yatakta dinlenmesi gerekmiyor	3	23,1
Gün saatlerinin %50'sinden az bir zaman boyunca yatakta dinlenmesi gerekiyor	4	30,8
Gün saatlerinin %50'sinden fazla bir zaman boyunca yatakta dinlenmesi gerekiyor	3	23,1
Yataktan kalkması imkansız	1	7,7

FACIT-Pal ölçeğinin yüzey geçerliliğinin/anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi amacı ile yapılan görüşmeler FACIT kuruluşunun belirtmiş olduğu yöntemlere göre değerlendirilmiştir (Bkz. Tablo 3.1.). Bu aşamada bir onkoloji hemşiresi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniğinde yatarak

tedavi gören veya ayaktan kemoterapi ünitesine başvuran 13 kanser hastasına ölçeği uygulamıştır. Bu uygulama aşamasında hastalar ile görüşmeler FACIT kuruluşunun göndermiş olduğu görüşme formları kullanılarak yapılmıştır. Görüşmelerde hastalar ölçeği cevapladıktan sonra görüşme rehberi kullanılarak çevirisi yapılan her bir maddenin anlaşılabilirliği, çeviride yer alan bazı kelimelerin hastalar için ne anlam ifade ettiği gibi konular hastalara sorulmuş ve hastaların cevapları görüşme rehberine kaydedilmiştir. Ölçeğin anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi için görüşme formunda yer alan ve görüşme yapılan hastalara ölçeği cevapladıktan sonra sorulan sorular Tablo 4.8.'de gösterilmiştir.

Görüşmeler sonrasında görüşme raporları İngilizceye çevirilerek değerlendirilmesi için FACIT kuruluşu yetkililerine gönderilmiştir. FACIT organizasyon yetkilileri görüşme raporlarını inceleyerek araştırmacılara geri bildirimde bulunmuştur. Sonuç olarak gerekli düzenlemeler yapılarak FACIT-Pal ölçeğinin Türkçe versiyonunun son hali, uygulamada kullanılmak üzere oluşturulmuştur.

FACIT-Pal ölçeğinin anlaşılabilirliğinin sorgulanması için yapılan hasta görüşmelerinde genel olarak hastalar FACIT-Pal ölçeğinin cevaplama sürecinin kolay olduğunu ve maddelerin konu ile ilgili olduğunu belirtmiştir. Ancak dört hasta Pal 13 maddesinin (“Başkalarına (kişiler arasında) arabuluculuk yapabilirim”) kafa karıştırıcı olduğunu belirtmiştir. Tekrar çevirilerin FACIT kuruluşu tarafından değerlendirildiği aşamada bu maddenin uygun olduğu kararı verilmiş olmasına rağmen (Bkz. Tablo 4.6.) ön uygulamada hastaların bu maddeyi yanlış anladığı görülmüştür. Bu madde için “başka kişiler **arasında**” ifadesinin tamamen yanlış anlaşılmaya neden olduğu fark edilmiştir. Maddenin çevirisinde olması gereken ifadenin “başka kişiler **ile**” olması gerektiği farkedilmiştir. Ön uygulamada yapılan görüşmelerde bu maddenin “başka kişiler arasında” ifadesinden dolayı küs olan iki farklı kişinin barıştırılması ya da iki karşı cinsiyet arasında duygusal bir ilişki için aracı olmak anlamında anlaşıldığı görülmüştür.

Ön uygulamada elde edilen görüşme raporları FACIT kuruluşu yetkililerine e-posta aracılığı ile iletildiğinde araştırmacılar Pal13 maddesi için farkedilen durumu da bildirmiştir. FACIT kuruluşu yetkilileri de maddenin yanlış anlaşıldığını ve bu maddenin yeniden düzenlenmesi gerektiğini belirtmiştir. Bunun üzerine ilgili

maddenin çevirileri daha önce izlenen yöntemle uygun olarak yeniden yapılmış ve sonuç olarak “daha önceden sorun yaşadığım kişiler ile uzlaştığım (barıştığım) oldu” şeklinde değiştirilmiş ve tekrar 10 farklı hasta ile ölçeğin anlaşılabilirliği için görüşmeler yapılmıştır. Görüşme raporları FACIT kuruluğu yetkilisine gönderilmiş ve ilgili maddenin bu hali ile doğru anlaşıldığına karar verilmiştir. İkinci uygulamada görüşülen 10 hasta da asıl örnek grubuna dahil edilmemiştir.



Tablo 4.8. FACIT-Pal ölçeğinin anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi için kullanılan sorular (2016)

1. Ankette anlaması zor olan maddeler var mıydı?
2. Hangi maddelerin anlaşılmasının zor olduğunu ve bunları neden zor bulduğunuzu lütfen izah eder misiniz? Ayrıca, bunları daha iyi bir şekilde ifade etmek için önerileriniz var mı?
3. Ankette sizinle ilgisi olmadığını düşündüğünüz ya da yakışksız bulduğunuz herhangi bir madde var mıydı?
4. Lütfen hangi maddelerin sizinle ilgisi olmadığını veya hangilerini yakışksız bulduğunuz ve bunların nedenlerini açıklayabilir misiniz? Ayrıca, bunları daha iyi bir şekilde ifade etmek için önerileriniz var mı?
5. Hastalığınıza ilişkin olarak ankete dahil edilmesi gerektiğini düşündüğünüz herhangi bir şey var mı?
6. Şimdi size anketin 3. sayfasındaki Pal1 “Arkadaşlarımla görüşmeyi sürdürüyorum” maddesi ile ilgili bazı sorular sormak istiyorum. Hangi cevabı seçtiniz ve neden seçtiniz?
7. Sizce bu maddedeki “görüşmeyi sürdürüyorum” ifadesinin anlamı nedir?
8. Şimdi size Pal2 “Ailemde sorumluluklarımı üstlenecek kişiler var” maddesi ile ilgili bazı sorular soracağım. Sizce bu maddedeki “sorumluluklarımı üstlenecek” ifadesinin anlamı nedir?
9. Şimdi size Pal3 “Ailem bana değer verir” maddesi ile ilgili bazı sorular soracağım. Sizce bu maddedeki “bana değer vermek” ifadesinin anlamı nedir?
10. Şimdi size Pal4 “Aileme yük olduğumu hissediyorum” maddesi ile ilgili bazı sorular sormak istiyorum. Sizce bu maddedeki “yük” kelimesinin anlamı nedir?
11. Şimdi size Pal5 “Kabızım” maddesi ile ilgili bazı sorular sormak istiyorum. Sizce bu maddedeki “kabız” kelimesinin anlamı nedir?
12. Şimdi size O2 “Kusma durumları geçirdiğim oluyor” maddesi ile ilgili bazı sorular sormak istiyorum. Sizce bu maddedeki “kusma” kelimesinin anlamı nedir?
13. Şimdi size Pal6 “Vücudumun bazı yerlerinde şişlikler var” maddesi ile ilgili bazı sorular sormak istiyorum. Hangi cevabı seçtiniz ve neden bu cevabı seçtiniz?
14. Sizce bu maddedeki “şişlik” kelimesinin anlamı nedir?
15. Şimdi size Pal7 “Ağzım ve boğazım kuruyor” maddesi ile ilgili bazı sorular sormak istiyorum. Hangi cevabı seçtiniz ve neden bu cevabı seçtiniz?
16. Şimdi size Br7 “Kendi kendime bakabiliyorum” maddesi ile ilgili bazı sorular sormak istiyorum. Hangi cevabı seçtiniz ve neden bu cevabı seçtiniz?
17. Sizce “kendi kendine bakabilmek” ifadesinin anlamı nedir?
18. Şimdi size Pal9 “Her günü iyi değerlendiririm” maddesi ile ilgili bazı sorular soracağım. Lütfen bu maddenin anlamını kendi kelimelerinizle açıklayınız.
19. Şimdi size Pal10 “Kendimle barışığım” maddesi ile ilgili bazı sorular soracağım. Sizce bu maddedeki “barışık olmak” ifadesinin anlamı nedir?
20. Şimdi size Sp21 “Umutlu hissediyorum” maddesi ile ilgili bazı sorular soracağım. Hangi cevabı seçtiniz ve neden bu cevabı seçtiniz?
21. Şimdi size Pal12 “Karar verebiliyorum” maddesi ile ilgili bazı sorular soracağım. Hangi cevabı seçtiniz ve neden bu cevabı seçtiniz?
22. Şimdi size Pal13 “Başkalarına (kişiler arasında) arabuluculuk yapabilirim” maddesi ile ilgili bazı sorular soracağım. Sizce bu maddedeki “başkalarına (kişiler arasında) arabuluculuk yapmak” ifadesinin anlamı nedir?
23. Şimdi size Pal14 “Bana en yakın olan kişilerle endişelerim hakkında açıkça konuşabiliyorum” maddesi ile ilgili bazı sorular sormak istiyorum. Yakın olduğunuz kişilerle konuşabileceğiniz “endişelerinize” örnek ne olabilir?
24. FACIT-Pal ile ilgili yorumlarınız var mı?

C. FACIT-Pal Ölçeği Yapı Geçerliliği Analiz Sonuçları

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) Sonuçları

Analizde ilk olarak bütün maddelerin aynı anda dâhil edildiği faktör analizi için hesaplanan Kaiser-Meyer- Olkin (KMO) değeri 0,892 Bartlett testi sonucu $\chi^2 = 5103,4$; sd= 990; $p < 0.001$ olarak bulunmuştur. KMO değerinin 0,60'tan büyük olması ve Bartlett testinin anlamlı olması, bu çalışmanın örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapılabilmesi için uygun olduğunun bir göstergesi olarak kabul edilmiştir.

Yapılan beş faktörlü faktör analizi öz değeri 1'in üzerinde olan ve toplam varyansın %54'ünü açıklayan bir yapı oluşturmuştur. Bu faktör analizi sonrasında ilgili faktörlerdeki maddelerin faktör yüklenmeleri Tablo 4.9'da gösterilmiştir. Tabloda maddelerin en yüksek yüklendiği faktörlerdeki faktör yükleri vurgulu olarak gösterilmiştir. Tablo 4.9'daki faktör yükleri incelendiğinde, FACIT-Pal ölçeğindeki “fiziksel iyilik hali” alt boyutundaki maddelerin (GP1-GP7), “sosyal yaşam/aile iyilik hali” alt boyutundaki maddelerin (GS1-GS-6) ve fonksiyonel iyilik hali alt boyutundaki maddelerin (DF1-GF-7) ölçeğin orijinaline uygun olarak bir araya geldiği görülmüştür. Ancak “duygusal iyilik hali” alt boyutundaki maddeler (GE1-GE6) ve diğer endişeler/palyatif bakım alt boyutundaki maddelerin dağınık şekilde ölçeğin orijinalinden uzak bir yapıda dağıldığı görülmüştür. Ayrıca GS1, GE1, GE3, GE4, GE5, GF5, Pal7 ve Pal14 maddelerinin farklı faktörler altındaki faktör yüklerinin arasında 1 birimden daha az bir fark olduğu görülmüştür. Bu durum, bu maddelerin faktörlere yüklenme açısından ayırt ediciliğinin olmadığını göstermektedir (131). İlk yapılan AFA sonuçlarına göre FACIT-Pal ölçeğinin orijinalindeki iki alt boyutun farklı şekilde faktörlerde dağılmış olması ve bazı maddeler için faktör yüklerinin ayırt ediciliğinin olmamasından dolayı ayırt ediciliği olmayan maddeler çıkartılarak kalan 37 madde için tekrar aynı yöntem ile tekrar AFA yapılmıştır.

Tablo 4.9. FACIT-Pal ölçeğinin 45 maddesinin doğrudan oblimin döndürme yöntemi ile beş faktörlü açıklayıcı faktör analizi sonuçları (Ankara, 2017-2018)

Maddeler	Faktörler				
	1	2	3	4	5
GP1	-0,045	0,521	0,028	0,030	0,049
GP2	-0,046	0,712	0,036	-0,301	0,241
GP3	-0,014	0,655	0,029	0,115	-0,046
GP4	0,072	0,625	0,001	0,079	0,010
GP5	-0,013	0,776	-0,133	-0,039	-0,056
GP6	0,006	0,723	0,048	0,238	0,025
GP7	0,190	0,696	0,019	0,109	-0,070
GS1	0,280	0,047	0,032	0,361	0,367
GS2	-0,011	0,022	0,015	0,285	0,782
GS3	0,038	0,035	-0,024	0,522	0,436
GS4	-0,075	-0,015	0,015	-0,152	0,841
GS5	-0,042	0,128	0,145	-0,007	0,826
GS6	0,151	-0,116	0,065	-0,142	0,748
GE1	0,262	0,409	-0,437	0,255	-0,077
GE2	0,496	0,227	0,070	-0,004	0,033
GE3	0,390	0,144	-0,214	0,386	0,090
GE4	0,109	0,347	0,255	0,322	0,162
GE5	0,338	0,265	-0,405	0,160	0,069
GE6	0,215	0,174	0,181	0,529	-0,011
GF1	0,375	0,168	0,474	-0,174	0,016
GF2	0,567	0,217	0,116	-0,099	-0,219
GF3	0,605	0,207	-0,121	0,186	-0,072
GF4	0,639	-0,094	-0,214	-0,227	0,309
GF5	0,401	-0,026	0,435	0,026	0,168
GF6	0,630	0,228	0,112	0,061	-0,045
GF7	0,637	0,172	0,168	0,009	0,051
PAL1	0,554	0,059	0,024	0,133	0,123
PAL2	0,194	0,101	-0,332	0,094	0,570
PAL3	0,272	0,059	-0,275	0,097	0,537
PAL4	0,179	0,098	0,513	0,234	0,063
B1	0,009	0,496	-0,044	-0,050	0,186
PAL5	0,190	0,475	0,090	-0,023	-0,002
C2	0,644	0,126	-0,005	-0,156	-0,149
O2	0,163	0,545	-0,013	-0,292	0,010
PAL6	0,061	0,446	-0,006	-0,248	0,068
PAL7	0,035	0,457	0,480	-0,160	0,065
Br7	0,696	0,191	-0,001	-0,363	-0,053
PAL8	0,755	0,100	0,213	0,044	-0,106
PAL9	0,703	0,118	0,176	0,187	0,015
PAL10	0,717	0,112	-0,135	0,165	0,060
Sp21	0,702	-0,004	0,061	0,277	0,135
PAL12	0,805	-0,098	-0,029	0,065	0,192
L1	0,769	-0,185	-0,081	-0,049	0,253
PAL13	0,192	-0,155	0,576	0,332	0,088
PAL14	0,463	-0,088	-0,406	-0,085	0,140

Yöntem: Temel Bileşenler Analizi; Döndürme yöntemi: Doğrudan oblimin

İkinci kez 37 madde için yapılan beşli faktör yapısına ait AFA sonuçları Tablo 4.10'da gösterilmiş, 37 madde için ortaya çıkan beşli faktör yapısında her bir maddenin faktörlere yüklendiği en yüksek faktör yükleri koyu ve vurgulu olarak işaretlenmiştir. 37 madde için yapılan AFA sonuçlarında maddelerin ayırt ediciliği konusunda bir sorun olmadığı ancak ölçeğin orijinalinden farklı bir yapının oluştuğu görülmektedir.

Tablo 4.10. FACIT-Pal ölçeğinin 37 maddesinin doğrudan oblimin döndürme yöntemi ile beş faktörlü açıklayıcı faktör analizi sonuçları (Ankara, 2017-2018)

Maddeler	Faktörler				
	1	2	3	4	5
GP1	0,098	0,488	0,049	-0,037	-0,060
GP2	0,014	0,422	0,543	0,147	-0,083
GP3	-0,107	0,671	-0,113	-0,001	0,229
GP4	0,172	0,623	0,117	-0,035	-0,062
GP5	-0,070	0,705	0,272	-0,033	0,057
GP6	0,050	0,744	-0,008	0,080	0,065
GP7	0,066	0,640	0,088	0,006	0,284
GS2	0,049	0,098	-0,143	0,837	-0,044
GS3	0,186	0,248	-0,398	0,471	-0,098
GS4	-0,121	-0,066	0,141	0,829	-0,056
GS5	0,062	0,099	0,102	0,779	-0,102
GS6	-0,054	-0,170	-0,001	0,773	0,260
GE2	0,755	-0,069	0,202	-0,130	0,020
GE6	0,309	0,425	-0,058	0,075	-0,168
GF1	-0,095	0,058	0,002	0,044	0,926
GF2	0,080	0,034	-0,017	-0,004	0,821
GF3	0,573	0,212	-0,009	0,005	0,215
GF4	0,567	-0,338	0,359	0,270	0,035
GF6	0,537	0,177	0,094	0,090	0,239
GF7	0,522	0,161	0,114	0,020	0,272
PAL1	0,408	0,130	-0,253	0,291	0,141
PAL2	0,183	0,062	-0,035	0,589	0,065
PAL3	0,128	-0,018	-0,030	0,751	0,029
PAL4	0,246	0,363	0,060	0,035	-0,061
B1	0,267	0,501	-0,116	-0,031	0,030
PAL5	0,203	0,345	0,231	-0,151	0,153
C2	0,216	-0,044	0,418	0,020	0,459
O2	0,083	0,315	0,709	-0,029	0,015
PAL6	-0,016	0,376	-0,130	0,073	0,186
Br7	0,401	0,091	0,072	-0,006	0,557
PAL8	0,534	0,135	-0,102	0,026	0,408
PAL9	0,630	0,149	-0,085	0,006	0,289
PAL10	0,844	0,075	-0,052	0,014	0,053
Sp21	0,815	0,139	0,011	0,107	-0,078
PAL12	0,873	-0,057	-0,046	0,099	-0,066
L1	0,720	-0,113	0,020	0,259	-0,037
PAL13	0,458	0,076	-0,341	-0,126	-0,113

Yöntem: Temel Bileşenler Analizi; Döndürme yöntemi: Doğruan oblimin

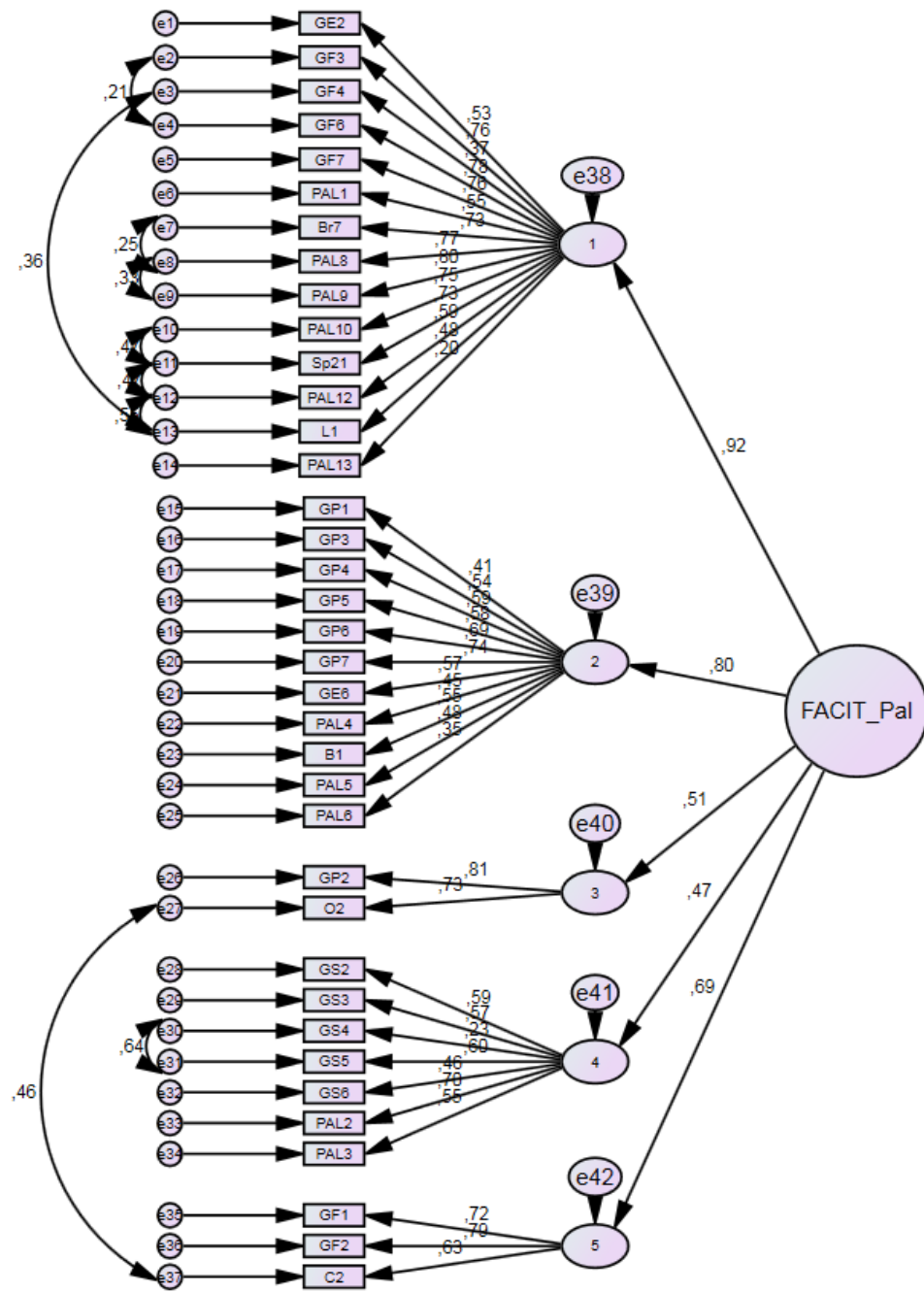
Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Sonuçları

AFA sonucunda oluşan 37 maddelik beş faktörlü yapının (Bkz. Tablo 4.10) doğrulanması için ağırlıklandırılmamış en küçük kareler tahmin yöntemi ile yapılan DFA sonucunda çıkan model Şekil 1’de gösterilmiştir.

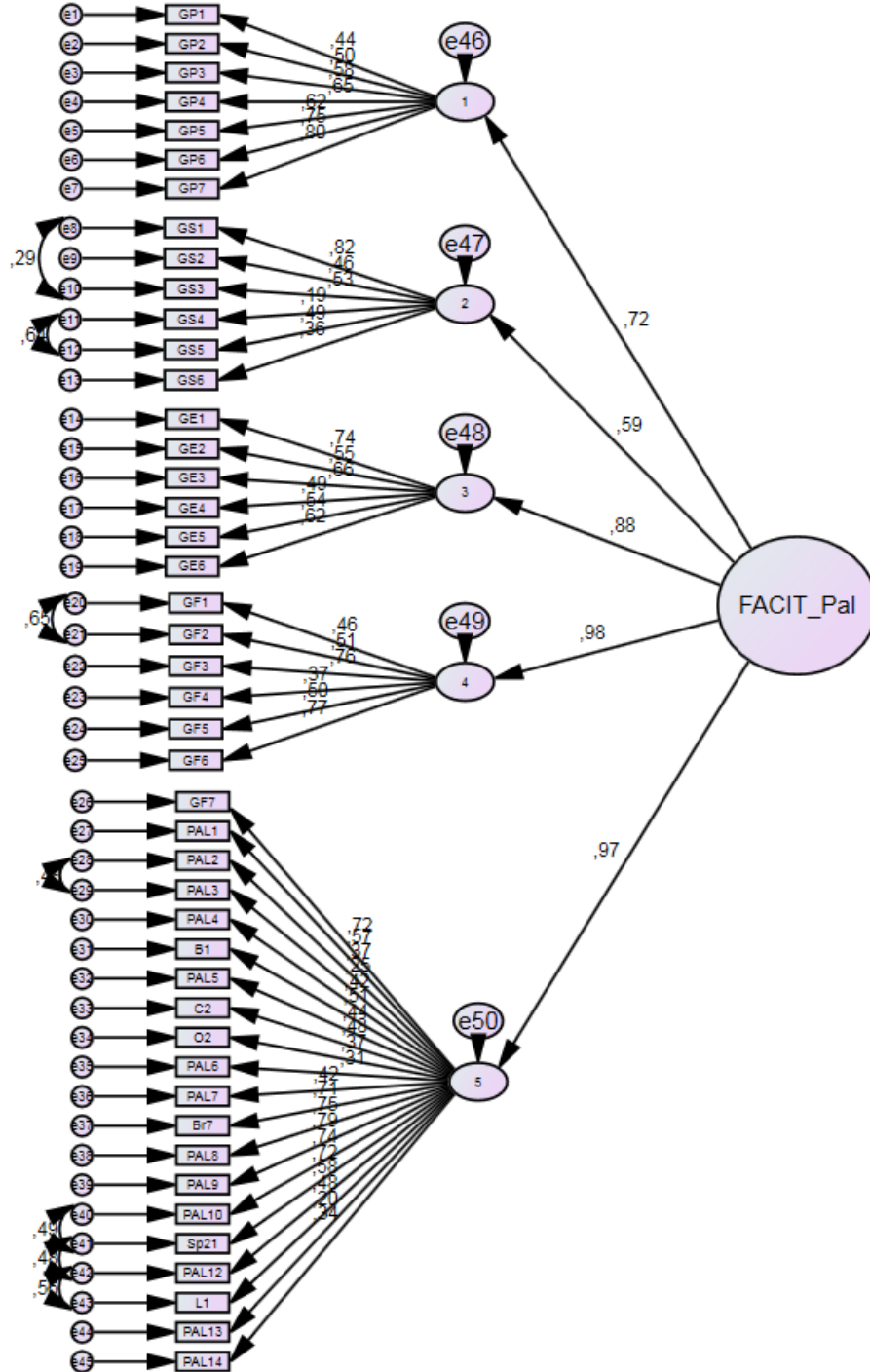
FACIT-Pal ölçeğinin tamamen orijinal yapısındaki yapının doğrulanması için yapılan DFA sonucunda çıkan model ise Şekil 2’de gösterilmiştir.

FACIT-Pal ölçeğinin yapı geçerliliğinin değerlendirilmesi aşamasında yöntem bölümünde açıklandığı üzere (Bkz. sayfa 33) FACIT-Pal için bu çalışmadaki veriler ile ortaya çıkan faktör yapısı için yapılan DFA sonuçları ile ölçeğin orijinal yapısının doğrulanması için yapılan DFA sonuçları karşılaştırılarak FACIT-Pal ölçeğinin yapı geçerliliği konusunda karara varılmıştır.

DFA sonrasında FACIT-Pal ölçeğinin 37 maddelik ve 45 maddelik analizler için elde edilen maddelerin standart ve standart olmayan faktör yükleri, Tablo 4.11’de gösterilmiştir. DFA sonucunda üretilen faktör yükleri 37 maddelik yapı için 0,198-0,813 ve 45 maddelik yapı için 0,205 ila 0,815 arasında değişmektedir. Bu sonuca göre ölçeğe ait faktör yapısının geçerliği için gerekli olan ilk aşama tamamlanmıştır.



Şekil 4.1. FACIT-Pal ölçeği Türkçe formunun 37 maddelik ikincil seviye doğrulayıcı faktör analizi modeli.



Şekil 4.2. FACIT-Pal ölçeğinin Türkçe formunun 45 maddelik ikincil seviye doğrulayıcı faktör analizi modeli.

Tablo 4.11. FACIT-Pal ölçeği DFA parametre tahmin sonuçları (Ankara, 2017-2018)

Maddeler	37 madde için DFA		45 madde için DFA	
	Standart Olmayan Faktör Yükleri	Standart Faktör Yükleri	Standart Olmayan Faktör Yükleri	Standart Faktör Yükleri
GP1	1	0,407	1	0,444
GP2	1	0,813	1,117	0,504
GP3	1,483	0,537	1,478	0,585
GP4	1,552	0,590	1,558	0,646
GP5	1,563	0,577	1,536	0,619
GP6	1,754	0,689	1,743	0,747
GP7	1,985	0,741	1,968	0,802
GS1	-	-	1	0,815
GS2	1	0,594	0,355	0,464
GS3	1,481	0,572	0,618	0,525
GS4	0,457	0,234	0,166	0,188
GS5	1,12	0,595	0,419	0,49
GS6	1,076	0,464	0,384	0,364
GE1	-	-	1	0,745
GE2	1	0,531	0,641	0,547
GE3	-	-	0,849	0,657
GE4	-	-	0,707	0,485
GE5	-	-	0,703	0,544
GE6	1,557	0,566	0,909	0,617
GF1	1	0,722	1	0,457
GF2	1,051	0,793	1,076	0,513
GF3	1,605	0,765	1,465	0,761
GF4	0,671	0,374	0,617	0,374
GF5	-	-	1,023	0,499
GF6	1,737	0,776	1,585	0,772
GF7	1,559	0,758	1	0,725
PAL1	1,109	0,553	0,761	0,566
PAL2	1,422	0,700	0,41	0,370
PAL3	0,820	0,546	0,201	0,245
PAL4	1,181	0,455	0,63	0,42
B1	1,364	0,547	0,735	0,510
PAL5	1,262	0,480	0,661	0,436
C2	0,846	0,627	0,750	0,481
O2	0,965	0,725	0,566	0,375
PAL6	0,840	0,349	0,436	0,313
PAL7	-	-	0,653	0,415
Br7	1,481	0,733	0,958	0,707
PAL8	1,600	0,765	1,054	0,751
PAL9	1,675	0,798	1,114	0,791
PAL10	1,491	0,749	0,984	0,736
Sp21	1,357	0,732	0,901	0,724
PAL12	1,011	0,593	0,668	0,584
L1	0,613	0,479	0,412	0,480
PAL13	0,518	0,198	0,359	0,205
PAL14	-	-	0,461	0,342

FACIT-Pal ölçeği için yapılan DFA sonucunda çıkan modelin geçerliği için ikinci adımda uyum iyiliği indeks değerlerine bakılmıştır. Elde edilen uyum ölçüleri ve standart uyum kriterleri Tablo 4.12’de gösterilmiştir (135). Bu çalışmada elde edilen veriler üzerinde yapılan AFA sonrasında ortaya çıkan veri yapısına uygun 37 maddelik beş faktör modeli ve FACIT-Pal ölçeğinin orijinal yapısındaki gibi 45 madde ile yapılan DFA sonucunda elde edilen ki-kare/serbestlik dereceleri (χ^2 / sd) kabul edilebilir sınırdadır. Her iki yapıya ait Normlandırılmış Uyum İndeksi (NFI) 0,95-1,0 arasında olduğu için iyi uyumu göstermektedir. Mutlak uyum iyiliği indekslerinden uyum iyiliği test indeksi (Goodness of Fit Index-GFI) 0 ile 1 arasında değişen değerler alır. Bu çalışmada elde edilen GFI değerlerinin $0,90 \leq GFI \leq 0,95$ olması uyumun kabul edilebilir olduğunu göstermektedir. Düzeltilmiş uyum iyiliği indeksleri (Adjusted Goodness of Fit Index-AGFI) 0,90 ile 1 arasında yer aldığı için iyi uyumu göstermektedir. Tablo 4.12.’de verilen indeks değerlerinin hepsinin iyi uyum ve kabul edilebilir uyum düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Modelin değerlendirilmesi için belirlenen uyum kriterlerine göre ağırlıklandırılmamış en küçük kareler tahmin yöntemi kullanılarak elde edilen uyum iyiliği istatistikleri modelin yapısal geçerliliğini desteklemektedir (135). Sonuç olarak hem bu çalışmadaki veriler üzerinde yapılan AFA sonrasında ortaya çıkan 37 maddelik 5 faktörlü yapının hem de FACIT-Pal ölçeğinin orijinal yapısının doğrulandığı DFA sonucunda ortaya çıkan modelin kabul edilebilir modeller olduğu görülmektedir. Ancak 37 maddelik beş faktörlü yapıda faktörler altına yüklenen maddelerin bir araya gelerek teorik bir yapıyı oluşturmadığı yani anlam olarak bir araya gelmediği değerlendirilmiştir. Bu nedenle FACIT-Pal ölçeğinin orijinal yapısına uygun olan ve yapılan analizlerde de uygunluğu gösterilen 45 maddelik (GS7 maddesi çıkartılarak) beş faktörlü yapının kullanılmasına karar verilmiştir.

Faktör analizi sonucunda elde edilen bulgular FACIT-Pal ölçeğinin yapı geçerliliğinin sağlandığını göstermiştir.

Tablo 4.12. FACIT-Pal ölçeği modeli uyum ölçüleri ve standart uyum kriterleri (Ankara, 2017-2018)

Uyum Ölçüleri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Veri Yapısına Uygun Model Uyum Değerleri	Orijinal Modele Ait Model Uyum Değerleri
χ^2			2007,684	3388,509
Df (p)			615 (p<0,001)	933 (p<0,001)
χ^2 / df	≤ 3	≤ 5	3,260	3,630
NFI	$0,95 \leq NFI \leq 1$	$0,90 \leq NFI \leq 0,95$	0,930	0,921
GFI	$0,95 \leq GFI \leq 1$	$0,90 \leq GFI \leq 0,95$	0,949	0,939
AGFI	$0,90 \leq AGFI \leq 1$	$0,85 \leq AGFI \leq 0,90$	0,942	0,933

χ^2 : ki-kare; χ^2 / sd : ki-kare/serbestlik derecesi; NFI: Normlandırılmış Uyum İndeksi; GFI: Uyum İyiliği İndeksi; AGFI: Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi

D. FACIT-Pal Ölçeği Ölçüt Geçerliliği Analiz Sonuçları

Tablo 4.13.'de Karnofsky Performans Skalası (KPS) ve FACIT-Pal ölçeği puanları arasındaki uyum analizi sonuçları gösterilmiştir. FACIT-Pal ölçeği toplam puanı normal dağılıma uymadığı nedeni ile KPS ve FACIT-Pal puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi için Spearman korelasyon analizi yapılmış ve tanımlayıcı istatistikler ortanca (en küçük- en büyük) olarak gösterilmiştir. FACIT-Pal ölçeği ve KPS puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı güçlü bir ilişki bulunmuştur. FACIT-Pal ve KPS puanları arasında hesaplanan korelasyon kat sayısı 0,656'dır (p<0,001). Bu sonuçlara göre hastaların performans durumu iyileştikçe yaşam kalitelerinin de yükseldiği görülmektedir.

Tablo 4.13. Katılımcıların Karnofsky performans skalası (KPS) ve FACIT-Pal ölçeği puanları arasındaki uyum analizi sonuçları (Ankara, 2017-2018)

	FACT-Pal puanı Ortanca (en küçük-en büyük) 125 (57-175)
KPS* Ortanca (en küçük-en büyük) 7 (3-9)	$r^{**}= 0,656$ p<0,001

* Karnofsky performans skalası

** Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 4.14'de FACIT-Pal ölçeği ve Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeği (ESDÖ) puanları arasındaki uyum analizi sonuçları gösterilmiştir. ESDÖ'nde

yer alan bütün semptomların şiddeti ile (0-10) FACIT-Pal ölçeği puanları arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). Hastaların semptom şiddeti azaldıkça yaşam kalitesi puanı artmaktadır.

Tablo 4.14. FACIT-Pal ve ESDÖ* puanları arasındaki uyum analizi sonuçları (Ankara, 2017-2018)

Semptomlar Ortanca (1.- 3. çeyrek)	FACIT-Pal puanı 125 (57-175)**
Ağrı	$r^{***} = -0,382$
2 (0-5)	$p<0,001$
Yorgunluk	$r = -0,582$
5 (1-7)	$p<0,001$
Bulantı	$r = -0,408$
1 (0-5)	$p<0,001$
Üzüntü	$r = -0,509$
2 (0-5)	$p<0,001$
Endişe	$r = -0,540$
2 (0-5)	$p<0,001$
Uykusuzluk	$r = -0,544$
2 (0-6)	$p<0,001$
İştahsızlık	$r = -0,448$
3 (0,0- 6,75)	$p<0,001$
Kendini İyi Hissetme Durumu	$r = -0,493$
4 (1-5)	$p<0,001$
Nefes Darlığı	$r = -0,418$
0 (0-4)	$p<0,001$
Ciltte ve Tırnaklarda Değişiklik	$r = -0,335$
0 (0-4)	$p<0,001$
Ağızda Yara	$r = -0,370$
0 (0-3)	$p<0,001$
Ellerde Uyuşma	$r = -0,356$
0 (0-4)	$p<0,001$

*Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeği

** Ortanca (1.- 3. çeyrek)

***Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 4.15.'de FACIT-Pal ölçeği diğer endişeler/palyatif bakım alt boyutu ile FACT-G ölçeği puanları arasındaki uyum analizi sonuçları gösterilmiştir. FACIT-Pal ölçeği palyatif bakım alt boyutu puanı ile daha Türkçe uyarlanması yapılmış olan FACT-G ölçeğinin bütün alt boyutları ve toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 4.15. FACIT-Pal ölçeği diğer endişeler/palyatif bakım alt boyutunun FACT-G ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki uyum analizi sonuçları (Ankara, 2017-2018)

FACT-G alt boyutları	Palyatif bakım alt boyutu
Ortanca (1.- 3. çeyrek)	55 (45-63)*
Fiziksel İyilik hali	$r^{**}=0,586, p<0,001$
18 (13- 22)	
Sosyal yaşam/aile iyilik hali	$r=0,472, p<0,001$
19 (17 - 22)	
Duygusal iyilik hali	$r=0,681, p<0,001$
17 (12-21)	
Fonksiyonel iyilik hali	$r=0,741, p<0,001$
16 (11- 21)	
Toplam	$r=0,809, p<0,001$
68,50 (55- 82)	

* Ortanca (1.- 3. çeyrek)

**Spearman korelasyon katsayısı

4.2.2. FACIT-Pal Güvenilirlik Analiz Sonuçları

A. İç Tutarlılık Analizleri

Chronbach Alfa Kat Sayıları: FACIT-Pal ölçeği alt boyutları ve toplamı için hesaplanan Chronbach Alfa katsayıları Tablo 4.16.'da gösterilmiştir. FACIT-Pal ölçeği (45 madde) toplamı için hesaplanan Chronbach Alfa kat sayısı 0,932 ve alt boyutlar için hesaplanan Cronbach Alfa katsayıları 0,732 ile 0,860 arasındadır (Tablo 4.16.).

Tablo 4.16. FACIT-Pal ölçeği alt boyutları ve geneli için hesaplanan Chronbach Alfa kat sayıları (Ankara, 2017-2018)

Alt Boyutlar	Chronbach Alfa değerleri
Fiziksel iyilik hali	0,816
Sosyal yaşam/Aile iyilik hali	0,732
Duygusal iyilik hali	0,761
Fonksiyonel iyilik hali	0,809
Diğer endişeler/Palyatif bakım	0,860
FACIT-Pal toplam	0,932

Yarıya Bölme Yöntemi: Ölçek için iç tutarlılık analizinde kullanılan yarıya bölme yönteminde “Spearman-Brown düzeltmesi” sonrası elde edilen yarıya bölme güvenilirlik katsayısı 0,905 bulunmuştur.

FACIT-Pal ölçeği için alt boyutları ve geneli için hesaplanan Chronbach Alfa ve yarıya bölme güvenilirlik katsayısı FACIT-Pal ölçeğinin güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir.

B. Test-Tekrar Test Güvenilirliği

Test-tekrar test sonuçlarına ilişkin bulgular Tablo 4.17’de gösterilmiştir. Tekrar test uygulamasında 60 hastadan elde edilen ölçek verilerine göre, Cronbach Alfa değeri 0,923 olarak hesaplanmıştır. İlk test toplam ölçek puanı $118,01 \pm 27,26$ ve tekrar test toplam ölçek puanı $111,88 \pm 24,92$ olup, ilk ve tekrar test toplam puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü bir ilişki bulunmuştur ($r=0,877$, $p<0,001$). Bu sonuçlar FACIT-Pal ölçeğinin zamana karşı tutarlı sonuçlar verdiğini göstermektedir.

Tablo 4.17. FACIT-Pal ölçeğinin test-tekrar test sonuçlarının karşılaştırılması sonuçları (Ankara, 2017-2018)

Uygulama	n	X ± SS	r*
İlk Test	60	118,01±27,26	0,877
Tekrar test	60	111,88±24,92	p<0,001

**Sınıf içi korelasyon kat sayısı

C. Madde Analizi

FACIT-Pal ölçeğinde yer alan maddelere katılımcıların verdikleri cevapların madde bazında dağılımı Tablo 4.18.'de gösterilmiştir. FACIT-Pal ölçeğinde sosyal yaşam/aile iyilik hali alt boyutunda yer alan GS7 maddesi (cinsel hayatım tatmin edici) dışındaki bütün maddelere tam cevap verilmiştir. FACIT-Pal ölçeğinde GS7 maddesi öncesinde hastalara “Eğer bu soruya cevap vermemeyi tercih ederseniz, lütfen yandaki kutuyu işaretleyip bir sonraki bölüme geçiniz” şeklinde bir seçenek sunulmaktadır. Hastaların %70,2’si (n=163) bu soruyu cevaplamamayı tercih etmiştir.

Tablo 4.18. Katılımcıların FACIT-Pal ölçeğindeki maddelere verdikleri cevapların dağılımı (Ankara, 2017-2018)

Maddeler (n=232)	Hiç		Çok az		Biraz		Oldukça		Çok fazla	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fiziksel iyilik hali										
GP1	39	16,8	52	22,4	67	28,9	43	18,5	31	13,4
GP2	12	5,2	23	9,9	35	15,1	36	15,5	126	54,3
GP3	29	12,5	38	16,4	43	18,5	41	17,7	81	34,9
GP4	20	8,6	32	13,8	43	18,5	40	17,2	97	41,8
GP5	41	17,7	47	20,3	56	24,1	37	15,9	51	22,0
GP6	22	9,5	38	16,4	66	28,4	38	16,4	68	29,3
GP7	25	10,8	35	15,1	31	13,4	58	25,0	83	35,8
Sosyal yaşamı/aile iyilik hali										
GS1	25	10,8	29	12,5	34	14,7	76	32,8	68	29,3
GS2	5	2,2	5	2,2	4	1,7	65	28,0	153	65,9
GS3	23	9,9	16	6,9	33	14,2	82	35,3	78	33,6
GS4	9	3,9	3	1,3	15	6,5	74	31,9	131	56,5
GS5	5	2,2	7	3,0	20	8,6	71	30,6	129	55,6
GS6	16	6,9	5	2,2	16	6,9	67	28,9	128	55,2
GS7*	27	11,6	9	3,9	14	6,0	15	6,5	4	1,7
Duygusal iyilik hali										
GE1	13	5,6	43	18,5	62	26,7	31	13,4	83	35,8
GE2	13	5,6	25	10,8	57	24,8	81	34,9	56	24,1
GE3	13	5,6	24	10,3	31	13,4	49	21,1	115	49,6
GE4	32	13,8	33	14,2	48	20,7	48	20,7	71	30,6
GE5	11	4,7	23	9,9	34	14,7	26	11,2	137	59,1
GE6	25	10,8	46	19,8	52	22,4	25	10,8	84	36,2
Fonksiyonel iyilik hali										
GF1	76	32,8	35	15,1	39	16,8	56	24,1	26	11,2
GF2	60	25,2	41	17,7	51	22,0	52	22,4	28	12,1
GF3	22	9,5	36	15,5	62	26,7	58	25,0	54	23,3
GF4	10	4,3	11	4,7	34	14,7	76	32,8	101	43,5
GF5	25	10,8	30	12,9	57	24,6	47	20,3	73	31,5
GF6	28	12,1	34	14,7	49	21,1	59	25,4	62	26,7
GF7	22	9,5	40	17,2	66	28,4	58	25,0	46	19,8
Diğer Endişeler/Palyatif bakım										
Pal1	17	7,3	35	15,1	48	20,7	80	34,5	52	22,4
Pal2	9	3,9	5	2,2	22	9,5	77	33,2	119	51,3
Pal3	5	2,2	1	0,4	2	0,9	58	25,0	166	71,6
Pal4	21	9,1	32	13,8	61	26,3	34	14,7	84	36,2
B1	18	7,8	16	6,9	35	15,1	41	17,7	122	52,9
Pal5	17	7,3	30	12,9	40	17,2	28	12,1	117	50,4
C2	21	9,1	32	13,8	48	20,7	26	11,2	105	45,3
O2	17	7,3	33	14,2	41	17,7	34	14,7	107	46,1
Pal6	12	5,2	19	8,2	37	15,9	24	10,3	140	60,3
Pal7	33	14,2	45	19,4	64	27,6	24	10,3	66	28,4
Br7	21	9,1	24	10,3	43	18,5	90	38,8	54	23,3
Pal8	22	9,5	30	12,9	59	25,4	64	27,6	57	24,6
Pal9	21	9,1	37	15,9	64	27,6	54	23,3	56	24,1
Pal10	16	6,9	12	5,2	36	15,5	66	28,4	102	44,0
Spr21	11	4,7	16	6,9	32	13,8	82	35,3	91	39,2
Pal12	5	2,2	16	6,9	22	9,5	66	28,4	123	53,0
L1	2	0,9	2	0,9	21	9,1	58	25,0	149	64,2
Pal13	66	28,4	35	15,1	24	10,3	53	22,8	54	23,3
Pal14	9	3,9	32	13,8	30	12,9	62	26,7	99	42,7

*163 hasta bu soruyu cevaplamadan geçme seçeneğini tercih etmiştir.

Korelasyonlara Dayalı Madde Analizi

Korelasyona dayalı madde analizi için “düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayıları (madde-kalan korelasyon katsayısı)” hesaplanmıştır. Ölçekte yer alan maddeler için, düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayısının negatif ve 0,20’den küçük olması ve maddenin ölçekten çıkartılması durumunda Cronbach Alfa katsayısının yükselmesi, ilgili maddenin ölçekten çıkartılması için belirleyici olarak kabul edilmektedir. FACIT-Pal ölçeği maddeleri için düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayıları (madde-kalan korelasyon katsayısı) ve ilgili madde ölçekten çıktıktan sonraki ölçeğin Cronbach Alfa değerleri Tablo 4.19.’te gösterilmiştir.

Tablo 4.19’da verilen bulgulara göre, sadece Pal13 maddesi için hesaplanan düzeltilmiş madde toplam puan korelasyon kat sayısı 0,20’nin altında (0,188) bulunmuştur. Ayrıca Pal13 maddesi ölçekten çıkartıldığı zaman Cronbach Alfa değerini 0,002 birim yükselttiği görülmektedir. Pal13 maddesi dışında ölçekten çıkartıldığında Chronbach Alfa değerini yükselten veya madde puan korelasyon kat sayısı 0.20’nin altında olan başka bir madde bulunmamaktadır.

Sonuç olarak Pal13 maddesi için hesaplanan madde toplam puan korelasyon katsayısının 0,20’nin altında olmasına rağmen ölçekten çıkartıldığında ölçeğe ait Chronbach Alfa değerini çok fazla yükseltmediği görülmüştür. Ayrıca yapı geçerliliğinin değerlendirilmesi için yapılan analizler sonucunda bu maddenin ölçeğin yapı geçerliliğini olumsuz etkilemediği görülmüştür. Bu nedenle ölçeğin orijinaline sadık kalınması için bu maddenin ölçekte kalmasına karar verilmiştir.

FACIT-Pal ölçeği için yapılan korelasyona dayalı madde analizi sonuçları ölçeğin güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. FACIT-Pal ölçeğinin düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyonuna dayalı madde analizi sonuçları (Ankara, 2017-2018)

Ölçek maddeleri	Madde silindiğinde ölçek puan ortalamaları	Madde silindiğinde ölçek varyansı	Düzeltilmiş madde toplam puan korelasyonu	Madde silindiğinde ölçek Cronbach Alfa değeri
Fiziksel iyilik hali alt boyutu				
GP1	119,71	766,321	0,341	0,932
GP2	118,56	763,416	0,390	0,932
GP3	119,14	756,267	0,429	0,931
GP4	118,90	753,259	0,493	0,931
GP5	119,56	755,183	0,453	0,931
GP6	119,20	749,946	0,559	0,930
GP7	119,00	744,900	0,597	0,930
Sosyal yaşam/aile iyilik hali alt boyutu				
GS1	119,03	753,463	0,508	0,931
GS2	118,06	777,273	0,305	0,932
GS3	118,84	767,000	0,333	0,932
GS4	118,24	783,283	0,145	0,933
GS5	118,25	772,944	0,355	0,932
GS6	118,37	775,073	0,247	0,933
Duygusal iyilik hali alt boyutu				
GE1	119,05	745,353	0,635	0,930
GE2	118,99	761,164	0,473	0,931
GE3	118,61	751,520	0,568	0,930
GE4	119,20	757,865	0,415	0,932
GE5	118,50	757,948	0,472	0,931
GE6	119,18	749,119	0,524	0,931
Fonksiyonel iyilik hali alt boyutu				
GF1	119,94	755,131	0,442	0,931
GF2	119,83	753,364	0,488	0,931
GF3	119,23	742,619	0,695	0,929
GF4	118,53	768,025	0,381	0,932
GF5	119,11	756,247	0,460	0,931
GF6	119,20	738,004	0,715	0,929
GF7	119,31	745,134	0,672	0,929
n= 232, Madde sayısı= 45, Cronbach alfa= 0,932, X±SS= 121,5±28,1				

Tablo 4.19. (Devam) FACIT-Pal ölçeğinin düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyonuna dayalı madde analizi sonuçları (Ankara, 2017-2018)

Ölçek maddeleri	Madde silindiğinde ölçek puan ortalamaları	Madde silindiğinde ölçek varyansı	Düzeltilmiş madde toplam puan korelasyonu	Madde silindiğinde ölçek Cronbach Alfa değeri
Diğer endişeler/Palyatif bakım alt boyutu				
Pal1	119,10	753,833	0,555	0,930
Pal2	118,34	769,931	0,382	0,932
Pal3	117,97	779,947	0,279	0,932
Pal4	119,05	761,145	0,392	0,932
B1	118,59	756,294	0,480	0,931
Pal5	118,75	759,957	0,403	0,932
C2	118,90	756,185	0,441	0,931
O2	118,82	764,235	0,346	0,932
Pal6	118,47	770,077	0,294	0,932
Pal7	119,41	759,835	0,389	0,932
Br7	119,03	746,783	0,660	0,929
Pal8	119,15	742,882	0,694	0,929
Pal9	119,22	740,244	0,731	0,929
Pal10	118,62	744,538	0,705	0,929
Spr21	118,62	747,240	0,714	0,929
Pal12	118,37	757,904	0,586	0,930
L1	118,09	770,213	0,496	0,931
Pal13	119,62	773,084	0,188	0,934
Pal14	118,69	767,980	0,336	0,932
n= 232, Madde sayısı= 45, Cronbach alfa= 0,932, X±SS= 121,5±28,1				

Korelasyonlara dayalı madde analizi yöntemi ile ölçekteki her madde için hesaplanan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı ve istatistiksel anlamlılık düzeyleri Tablo 4.20’de gösterilmiştir. FACIT-Pal ölçeği toplam puanı ile ölçekte yer alan her bir madde arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ve çoğunlukla kuvvetli ilişkiler bulunmuştur ($p<0,001$). Bu sonuçlar FACIT-Pal ölçeğinin güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.20. FACIT-Pal ölçeği madde toplam test korelasyon matrisi (Ankara, 2017-2018)

Ölçek maddeleri	FACIT-Pal toplam	
	r	p
GP1	0,378	<0,001
GP2	0,425	<0,001
GP3	0,466	<0,001
GP4	0,529	<0,001
GP5	0,493	<0,001
GP6	0,586	<0,001
GP7	0,626	<0,001
GS1	0,549	<0,001
GS2	0,338	<0,001
GS3	0,380	<0,001
GS4	0,190	0,004
GS5	0,390	<0,001
GS6	0,291	<0,001
GS7	0,285	0,018
GE1	0,658	<0,001
GE2	0,497	<0,001
GE3	0,597	<0,001
GE4	0,456	<0,001
GE5	0,504	<0,001
GE6	0,557	<0,001
GF1	0,480	<0,001
GF2	0,521	<0,001
GF3	0,716	<0,001
GF4	0,413	<0,001
GF5	0,498	<0,001
GF6	0,736	<0,001
Pal1	0,585	<0,001
Pal2	0,417	<0,001
Pal3	0,307	<0,001
Pal4	0,427	<0,001
B1	0,514	<0,001
Pal5	0,444	<0,001
C2	0,478	<0,001
O2	0,386	<0,001
Pal6	0,332	<0,001
Pal7	0,432	<0,001
Br7	0,681	<0,001
Pal8	0,714	<0,001
Pal9	0,748	<0,001
Pal10	0,722	<0,001
Spr21	0,730	<0,001
Pal12	0,610	<0,001
L1	0,517	<0,001
Pal13	0,243	<0,001
Pal14	0,372	<0,001

4.3. Katılımcıların, Geçerliliği ve Güvenilirliği Gösterilmiş FACIT-Pal Ölçeği Puanlarının Bazı Sosyodemografik ve Tıbbi Özellikler ile İlişkisi

Katılımcıların FACIT-Pal ölçeği genel ve alt boyutları puanlarına ilişkin tanımlayıcı bulguları Tablo 4.21’de gösterilmiştir. FACIT-Pal ölçeği toplam puanı ortalaması 121,5±28,1 olup, alt boyutlar için puan ortalamaları, fiziksel iyilik hali 17,1±6,4, sosyal yaşam/aile iyilik hali 18,8±4,2, duygusal iyilik hali 16,0±5,2, fonksiyonel iyilik hali 16,0±6,1 ve diğer endişeler/palyatif bakım 53,5±12,3 şeklinde sıralanmaktadır.

Tablo 4.21. Katılımcıların FACIT-Pal Ölçeği genel ve alt boyutları puanlarının dağılımı (Ankara, 2017-2018)

FACIT-Pal	X±SS	Ortanca	1.-3. çeyrek	En küçük-En büyük
Fiziksel iyilik hali	17,1±6,4	18	13- 22	1-28
Sosyal yaşam/aile iyilik hali	18,8±4,2	19	17-22	1-32,5
Duygusal iyilik hali	16,0±5,2	17	12-21	0-24
Fonksiyonel iyilik hali	16,0±6,1	16	11-21	1-28
Diğer endişeler/ Palyatif bakım	53,5±12,3	55	45-63	21-76
Genel toplam	121,5±28,1	125	101-143	57-175

Tablo 4.22’de katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri ile FACIT-Pal ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar gösterilmiştir. Katılımcıların FACIT-Pal ölçeği puan ortalamaları yaş gruplarına ($\chi^2=9,306$, $p=0,025$), medeni duruma ($\chi^2=12,488$, $p=0,006$) ve çalışma durumuna göre ($\chi^2=18,398$, $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı bulunmuştur (Tablo 4.22). Tabloda gösterilmemekle birlikte farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Post-Hoc testlerde (Boneferoni testi) 20-39 yaş grubundaki katılımcıların FACIT-Pal ölçeği puan ortalamasının, 60-79 yaş grubundaki katılımcılardan anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($p=0,006$); eşi ölmüş olan katılımcıların FACIT-Pal puan ortalamasının anlamlı derecede diğer gruplardan düşük olduğu ve araştırma sırasında bir işte çalışan katılımcıların FACIT-Pal puan ortalamasının anlamlı derecede hiç çalışmamış olanlardan yüksek olduğu ($p<0,001$) görülmüştür.

Katılımcıların FACIT-Pal ölçeği puanları diğer sosyodemografik özelliklerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.23'te katılımcıların bazı tıbbi özelliklerine göre FACIT-Pal ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar gösterilmiştir. Hastanede yatan ($Z=2,630$, $p=0,009$) ve kanser dışında başka kronik hastalığı da bulunan ($Z=2,093$, $p=0,036$) katılımcıların FACIT-Pal ölçeği puanları anlamlı derecede daha düşüktür. Katılımcıların FACIT-Pal ölçeği puanları diğer tıbbi özelliklerine göre anlamlı derecede farklı değildir.



Tablo 4.22. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre FACIT-Pal ölçek puanları (Ankara, 2017-2018)

Özellikler (n=232) (n;%)	FACIT-Pal Ortanca (1.çeyrek-3.çeyrek)	İstatistik
Yaş grubu		
20-39 (50; 21,6)	131,5 (115,75-146,50)	$\chi^2 = 9,306$ p= 0,025
40-59 (101; 43,5)	126 (103- 145,50)	
60-79 (76; 32,8)	117 (97,25-136,75)	
80 ve üzeri (5; 2,2)	131 (72- 144)	
Cinsiyet		
Kadın (120; 51,7)	121 (101- 138,75)	$Z^{**} = 1,894$ p= 0,058
Erkek (112; 48,3)	130 (101,25- 147,75)	
Medeni durum		
Hiç evlenmemiş (34; 14,7)	125 (99,75- 145,25)	$\chi^2 = 12,488$ p= 0,006
Evli ya da partneri var (171; 73,7)	127 (101- 143)	
Boşanmış (9; 3,9)	142 (114,50-145)	
Eşi ölmüş (18; 7,8)	107 (74,50- 118,25)	
Öğrenim durumu		
Okuryazar değil (10; 4,3)	111,50 (90,75- 135,75)	$\chi^2 = 6,583$ p= 0,254
Okuryazar (14; 6,0)	112,50 (90,75- 135,75)	
İlkokul/orta okul (102; 44,0)	121,50 (99,75- 141,25)	
Lise (53; 22,8)	131 (101- 146)	
Üniversite (47; 20,3)	128 (115- 144)	
Yüksek lisans ve üzeri (6; 2,6)	129 (101- 158,75)	
Çalışma durumu		
Çalışıyor (39; 16,8)	138 (120- 157)	$\chi^2 = 18,398$ p< 0,001
Hiç çalışmamış (75; 32,3)	117 (93- 133)	
Hastalığından dolayı işten ayrılmış (41; 17,7)	132 (96,50-148)	
Emekli (77; 33,2)	122 (101-140)	
Gelir durumu		
Geliri giderinden az (72; 31,0)	126 ,50 (100,25- 145,75)	$\chi^2 = 1,216$ p= 0,545
Geliri giderine eşit (139; 59,9)	125 (101- 143)	
Geliri giderinden fazla (21; 9,1)	121 (87,50- 137)	
Birlikte yaşadığı kişi(ler)		
Anne baba (30; 12,9)	128,50 (107,50- 147,25)	$\chi^2 = 2,953$ p= 0,399
Eş ve çocuklar (97; 41,8)	127 (102- 145)	
Eş (69; 29,7)	122 (101- 142,5)	
Yalnız (8; 3,4)	114 (102,75-125)	
Diğer*** (28; 12,1)	112,50- 91-132,50)	
Bakımından sorumlu olan kişi		
Eşi (121; 52,2)	124,7±26,6	$\chi^2 = 5,387$ p= 0,146
Çocukları (36; 15,5)	113,1±28,4	
Anne/babası (33; 14,2)	127,5±30,25	
Eş ve çocukları (19; 8,2)	113,3±34,1	
Diğer akrabalar (14; 6,0)	117,5±25,3	
Resmi bakıcı (3; 1,3)	115,0±30,6	
Yok (6; 2,6)	114,5±19,2	

*Kruskal-Wallis Testi; ** Mann-Whitney U Testi; ***çocukları, anne, kardeş; büyük ebeveyn

Tablo 4.23. Katılımcıların bazı tıbbi özelliklerine göre FACIT-Pal ölçek puanları (Ankara, 2017-2018)

Özellikler (n=232) (n;%)	Ortanca (1.çeyrek-3.çeyrek)	İstatistik
Hastaneye yatma durumu (n=232)		
Yatan hasta (98; 42,2)	119 (94- 139)	$Z^{**} = 2,630$
Ayaktan hasta (134; 57,8)	130 (106,75- 146)	p= 0,009
Tanı (n=214)		
Meme kanseri (50; 21,6)	124 (101-142,50)	$\chi^2_{***} = 3,638$
Genito-üriner kanserler (44; 19,0)	127 (99,50-145,75)	p= 0,603
Gastro-intestinal sistem kanserleri (42; 18,1)	121,50 (107,50-139)	
Akciğer kanseri (31; 13,4)	127 (99-141)	
Hematolojik kanserler (25; 10,8)	136 (111,50-150)	
Diğer* (22; 9,5)	122,50 (103-144,25)	
Tanı süre		
0-6 ay (91; 39,2)	127 (110-146)	$\chi^2 = 4,711$
7-12 ay (30; 12,9)	123 (93,75-144,25)	p= 0,318
13 -18 ay (14; 6,0)	118 (101,25- 150,75)	
19-24 ay (15; 6,5)	125 (107-134)	
25 ay ve üzeri (54; 23,3)	119 (93,75-139)	
Bilinmiyor (28; 12,1)	124,50 (101,50- 140,50)	
Son iki hafta içerisinde aktif tedavi		
Almış (126; 54,3)	123,50 (100-140,25)	$Z^{**} = 0,374$
Almamış (106; 45,7)	127 (101-143,25)	p= 0,708
Metastaz		
Yok (150; 64,7)	127,50 (101-145)	$Z^{**} = 0,374$
Var (82; 35,3)	119 (100- 133,25)	p= 0,708
Kanser dışında başka hastalığı		
Yok (155;66,8)	127 (104-145)	$Z^{**} = 2,093$
Var (77; 33,2)	118 (96-138,50)	p= 0,036

*Sarkom, pankreas kanseri, beyin tümörü, nazofarenks kanseri, timoma, maling mezotelyama;

** Mann-Whitney U Testi; ***Kruskal-Wallis Testi

5. TARTIŞMA

Bu araştırma kapsamında klinik araştırma alanında geniş çapta kullanılan ve palyatif bakıma özel olan yaşam kalitesi ölçeklerinden FACIT-Pal ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin analiz edilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla, yöntem bölümünde ayrıntılı olarak açıklandığı üzere, FACIT-Pal ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi için 232 kanser hastasından veriler toplanmış ve analiz edilmiştir. Bu bölümde, bu çalışmada elde edilen bulguların tartışmasına yer verilmiştir.

5.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Hastalığa İlişkin Bazı Özellikleri

Katılımcıların mevcut kanser tanıları incelendiğinde (Bkz. Tablo 4.2) meme kanseri, genito-üriner kanserler, gastro-intestinal sistem kanserleri ve akciğer kanserinin ilk sıralarda olduğu görülmüştür. DSÖ'nün 2008 yılında yayınladığı, "Dünya Kanser Raporu"nda tüm dünyada insidans açısından en sık görülen kanser türlerinin akciğer, meme ve kolorektal kanserler olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde en sık görülen kanser türleri erkeklerde solunum sistemi kanserleri, gastrointestinal sistem kanserleri, mesane, prostat ve larinks kanserleri olarak sıralanırken, kadınlarda meme, gastrointestinal sistem kanserleri, over, solunum sistemi kanserleri, lösemi, serviks ve korpus üterin kanserleri olarak sıralanmaktadır. Bu çalışmada da ülkemiz ve dünyadaki kanser verilerine benzer şekilde kanser türlerinin sıralandığı görülmektedir (31,136).

Katılımcıların çoğunluğunun kanser tedavisi için kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavileri aldığı görülmektedir (Bkz. Tablo 4.3). Bu sonuç hem ülkemizde hem de dünyada kanser tedavisi için mevcut ve en çok uygulanan tedavi seçenekleri ile benzerlik göstermektedir (137).

5.2. FACIT-Pal Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Analiz Sonuçları

Bir ölçeğin standardize olabilmesi ve sonrasında uygun bilgiler üretme yeteneğine sahip olması için "güvenilirlik" ve "geçerlilik" olarak nitelendirilen iki özelliğe sahip olması gerekmektedir (96,99). Bu nedenle bu çalışmada FACIT-Pal ölçeği Türkçe formunun standart bir ölçüm aracı özelliklerine uygunluğunun değerlendirilmesi amacı ile güvenilirlik ve geçerliliği test edilmiştir.

5.2.1. Ölçeğin Geçerliliği

Geçerlilik, bir test veya ölçeğin ölçülmek istenen özelliği ölçme derecesi olarak tanımlanmaktadır (97,138). Geçerliliğin değerlendirilmesi ile bir ölçeğin geliştirildiği amaca hizmet derecesi; yani, ölçeğin ölçülmek istenen özelliğe uygun olup olmadığı belirlenmektedir. Başka bir ifadeyle, ölçümün kurallara uygun olarak doğru yapıp yapılmadığı ve ölçüm verilerinin gerçekten ölçülmek istenen özelliği yansıtmayı yansıtmadığı belirlenmektedir (97,99,131).

Likert tipi ölçeklerde geçerlilik analizi için, dil geçerliliği, kapsam geçerliliği, yüzey geçerliliği, ölçüt (uyum) geçerliliği ve yapı geçerliliği analizlerinin yapılması önerilmektedir (98,99,138). Bu çalışmada ölçeğin geçerliliğinin değerlendirilmesinde, “dil geçerliliği”, “yüzey geçerliliği”, “yapı geçerliliği” ve “ölçüt geçerliliği” analizleri yapılmıştır.

Dil Geçerliliği ve Yüzey Geçerliliği (Anlaşılabilirliği)

Bu çalışmada, FACIT-Pal ölçeğinin dil geçerliliği ve yüzey geçerliliğinin değerlendirilmesi aşamasında FACIT kuruluşu tarafından belirlenen süreçler izlenmiştir. Bu süreçlerde FACIT kuruluşu yetkilileri ile araştırmacılar sürekli e-posta aracılığı ile iletişim halinde olmuş ve gerekli konularda fikir alış verişinde bulunmuştur. Bu durum araştırmanın ilgili aşamalarında yaşanan sorunların zamanında fark edilmesini, bir sonraki aşamaları olumsuz etkilemesini önleyecek şekilde çözümlenmesini ve ilgili ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik aşamalarının sistemli bir şekilde yürütülmesini sağlamıştır.

Bu aşama sonrasında yapılan düzenlemeler ile ölçeğin yüzey geçerliliğinin sağlandığı ve FACIT-Pal ölçeği Türkçe formunun anlaşılır ve uygulanabilir olduğu kararı alınmıştır.

Yapı Geçerliliği

Yapı geçerliliği, bir ölçeğin/testin ölçülmek istenen davranış bağlamında soyut bir kavramı (faktörü) doğru bir şekilde ölçebilme derecesini göstermektedir (97).

Bu çalışmada yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde, temelde birbiri ile bağlantılı değişkenleri belli bir kümede bir araya getirmeye yarayan “Faktör Analizi

Yöntemi” kullanılmıştır. Faktör analizi ölçeğin yapısını belirlemeye yönelik bir yapı geçerliliği çalışmasıdır. Ölçülmek istenilen özelliğe ait yapının bu ölçek ile ölçüldüğünde nasıl gerçekleştiğini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır (131).

Faktör analizinin yapılabilmesi için örneklemin faktör analizi için uygunluğunun analiz öncesinde ortaya konması gerekmektedir. Literatürde, faktör analizi uygulanabilmesi için örneklem büyüklüğü hakkında değişik kurallar yer almaktadır. Bunlardan biri “10 kuralı”dır. Bu kurala göre ölçeğin değerlendirildiği araştırma grubunda madde başına en az 10 katılımcı bulunmalıdır. Bir diğeri “100 kuralı”dır. Bu kurala göre ise araştırma grubunda madde başına 5 katılımcı olmalı veya en az 100 kişiye ulaşılmalıdır. Bir diğer yöntem ise, “Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett Testi”dir. İyi bir faktör analizi için KMO indeks değerinin en az 0,60 olması ve ayrıca Bartlett testinin anlamlı çıkması gerektiği belirtilmektedir (97). Bu çalışmada FACIT-Pal ölçeğinin yapı geçerliliğinin değerlendirilmesi için yapılan analizlerde elde edilen KMO ve Bartlett testi sonuçlarının anlamlı olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar, örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapılabilmesi için uygun olduğunun olduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra bu çalışmadaki örnek büyüklüğünün (232 hasta), veriler üzerinde faktör analizi yapılabilmesi için belirtilen “100 kuralı”nı da sağladığı görülmektedir.

Bu çalışmada, FACIT-Pal ölçeğinin yapı geçerliliğinin değerlendirmesi amacı ile yapılan faktör analizleri sonucunda FACIT-Pal ölçeğinin 5 faktörlü orijinal yapısının kabul edilebilir uyum göstergeleri için doğrulandığı görülmüştür. FACIT-Pal ölçeğinin orijinalinden farklı olarak sosyal yaşam/aile iyilik hali alt boyutunda yer alan bireylerin cinsel yaşama ilişkin durumunu sorgulayan madde katılımcıların %70,2’si tarafından cevapsız bırakılması nedeni ile faktör analizine dahil edilememiştir. Bu maddenin analize dahil edilememesinin nedeni teknik bir durum olmakla birlikte ilgili maddenin katılımcıların dörtte üçüne yakınının cevaplamak istememiş olması bu maddenin ölçekten çıkartılması gerektiğini düşündürmüştür. Ancak bu durum ilgili maddenin ölçekten çıkartılmasının tek nedeni değildir. İlgili madde bireylerin mevcut cinsel yaşantısı hakkında görüş bildirmesini gerektiren bir maddedir. Cinsel yaşam günümüzde bile İslam toplumları açısından konuşulması en zor konulardandır (139). Ülkemizdeki kültürel yapı göz önünde bulundurulduğunda ilgili maddenin çok fazla katılımcı tarafından cevaplanmak

istenmemesi şaşırtıcı bir durum olmamıştır. Bu durumun ülkemizde FACIT-Pal ölçeğinin kullanılacağı bütün farklı örneklemelerde de aynı olacağı tahmin edilmektedir. Bu nedenle ilgili madde FACIT-Pal ölçeğinin Türkçe formundan çıkartılmıştır.

FACIT-Pal ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğinin ilk kez değerlendirildiği Lyons ve ark.'nın (21) çalışmasında ölçeğin yapı geçerliliğinin değerlendirilmesi için temel bileşenler analizi yöntemi kullanılmış ve bu çalışmada mevcut araştırmada kullanılan yöntemle benzer şekilde örneğin faktör analizi için uygunluğunun değerlendirilmesinde Kaiser-Meyer-Olkin testi uygulanmıştır. Kaiser-Meyer-Olkin testi sonucunda KMO değeri 0,86 ve Bartlett testi anlamlı bulunmuş ve örnek büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğu gösterilmiştir. Temel bileşenler analizine FACIT-Pal ölçeğindeki 46 madde de dahil edilmiş ve sonucunda 5 alt boyutun elde edildiği belirtilmiştir. Elde edilen bu 5 alt boyuttan 4'ünde ölçeğin FACT-G ölçeğindeki orijinal faktör yapısına benzer olarak maddelerin bir araya geldiği ve palyatif bakım alt boyutundaki 17 maddenin de 0,50 ya da daha yüksek faktör yükleri ile bu 4 alt boyuta dağıldığı ancak “karar verebiliyorum” ve “zihnim açık” maddelerinin ayrı bir faktör olarak bir araya geldiği belirtilmiştir. Lyons ve ark. (21) çalışmalarında palyatif bakım alt boyutundaki maddelerin diğer alt boyutlara farklı faktör yükleri ile yüklenmiş şekilde bir faktör yapısı ortaya koymuş olmasına rağmen çalışmalarındaki sonuçların net bir yapı ortaya koymadığını ve ölçeğin yapısının farklı çalışmalarda yeniden değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir. FACIT kuruluşu FACIT-Pal ölçeğinin faktör yapısını 5 alt boyut şeklinde ve palyatif bakım alt boyutunda 19 madde olarak kullanıma sunmaktadır (134).

Siebert ve ark.'nın (121) FACIT-Pal ölçeğinin üç farklı Afrika ülkesinde geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirildiği çalışmalarında ölçeğin yapı geçerliliğinin değerlendirilmesi için Varimax döndürme tekniği ile temel bileşenler analizi kullanılmış ve analiz öncesinde örneklemin bu analiz için uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin testi ile gösterilmiştir. Siebert ve ark.'nın çalışmasında (121) temel bileşenler analizine 27 maddelik FACT-G ve 19 maddelik palyatif bakım alt boyutunun ayrı olarak dahil edildiği belirtilmiştir. Temel bileşenler analizi sonucunda 27 maddelik FACT-G ölçeğinin 4 ve diğer 19 maddenin ise 3 alt boyut oluşturduğu bulunmuştur. Faktör yapısında bütün faktör yüklerinin 0,45 ve üzerinde olduğu belirtilmiş. Ayrıca 27 maddelik FACT-G için bulunan 4 alt boyutta ölçeğin orijinaline uygun şekilde

maddelerin bir araya geldiği belirtilmiştir. 19 madde için oluşan 3 alt boyutta yer alan maddelerin de kavramsal olarak anlamlı bir şekilde bir araya geldiği ve bu alt boyutların “hayatın anlamı”, “fiziksel semptomlar” ve “sosyal bütünleşme” olarak isimlendirildiği belirtilmiştir. FACIT kuruluştan tarafından kullanıma sunulan FACIT-Pal ölçeğinin 46 madde olarak bir bütün halinde kullanılması gerektiği göz önünde bulundurulduğunda Seigert ve ark.’nın (121) çalışmasında faktör yapısı için kabul edilebilir sayısal değerler ile sonuçlar ortaya konmuş olmasına rağmen FACT-G ve palyatif bakım alt boyutundaki maddelerin analizlere ayrı ayrı dahil edilmiş olmasının uygun olmadığı düşünülmektedir.

Ölçüt/ Uyum Geçerliliği

Ölçüt geçerliliği, geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirilen ölçek ile elde edilen sonuçların standart olarak tespit edilen bir ölçüm kriterine ait puanlarla karşılaştırılması ile değerlendirilmektedir. Bu karşılaştırma sonucunda elde edilen korelasyon katsayısının yüksek çıkması ölçeğin ölçtüğü kavramı doğru olarak ölçtüğünü göstermektedir (98). Bunun için, iki ölçek aynı gruba uygulanır ve iki puan dizisi arasında korelasyon katsayısı hesaplanır. Bu korelasyon katsayısı ne kadar yüksek ise iki ölçek o kadar benzer ölçme yapıyor demektir (131). Ölçüt geçerliliği, geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirilen ölçekle aynı kavramsal yapıyı ölçen aynı nitelikte bir başka ölçekle yapılabilmektedir. Karşılaştırma yapmak için aynı nitelikte bir dış kriter ölçek bulunmadığı durumlarda, ölçülmek istenen kavramsal yapıya benzer “ilgili” ölçeklerden de yararlanılmaktadır (98).

Bu çalışmada, ülkemizde palyatif bakıma özgü kullanılan ve daha önce geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeği bulunmadığı için alternatif başka ölçekler kullanılmıştır. Bu amaçla, FACIT-Pal ölçeği Türkçe formunun ölçüt geçerliliğinin değerlendirilmesi için, literatürde kanser hastalarının yaşam kalitesinin ölçülmesinde yaygın olarak kullanılan FACT-G ölçeği ile literatürde yaşam kalitesi ile ilişkili kavramlar olduğu gösterilen ve FACIT-Pal ölçeğinin ilk geliştirildiği ve başka ülkelerde geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirildiği çalışmalarda da kullanılan semptom ve performans değerlendirme ölçekleri kullanılmıştır (22,21,121).

Ölçüt geçerliliğinin değerlendirilmesinde, hesaplanan ölçüt geçerliliği katsayısının (korelasyon katsayısı) ne olması gerektiği konusunda farklı görüşler bulunmakla birlikte, Büyüköztürk'ün (97) belirttiği üzere, ölçeğin geçerliliği için hesaplanan korelasyon katsayısı, istatistiksel anlamlılık bakımından yorumlanmaktadır ve ilişki aranılan özelliğe bağlı olarak değişmekle birlikte, geçerlilik katsayısı için hesaplanan 0,30 ve daha yüksek korelasyonlar ölçeğin geçerli olduğunun bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Benzer şekilde, Şencan (98) “ilgili” ölçeklerle yapılan karşılaştırmalarda, belirsizliği ifade ettiği için, korelasyon katsayısının ‘0,30’un altında olmaması gerektiğini belirtilmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda, bu çalışmada ölçüt geçerliliğinin sağlanması için korelasyon katsayısının en az 0,30 olması kriter olarak kabul edilmiştir. Ölçeğin ölçüt geçerliliği için yapılan analizlerde, FACIT-Pal ölçek puanları ve Karnofsky performans skalası ($r=0,656$; $p<0,001$) ve Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeğinde (ESDÖ) yer alan her bir semptom şiddeti puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,001$) (Bkz. Tablo 4.13 ve Tablo 4.14). Ayrıca FACIT-Pal ölçeği “palyatif bakım alt boyutu” ile FACT-G alt boyutları ve toplam puanı arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. FACIT-Pal ölçeği palyatif bakım alt boyut puanı ile FACT-G toplam ve alt boyutlar arasında hesaplanan korelasyon kat sayıları 0,472 ile 0,809 arasında değişmektedir ($p<0,05$) (Bkz. Tablo 4.15). Sonuç olarak, bu çalışmada ölçüt geçerliliği katsayılarının literatürde belirtildiği üzere 0,30’un üzerinde olması, FACIT-Pal ölçeğinin ölçüt geçerliliğinin sağlandığının bir göstergesi olarak kabul edilmiştir.

Bu araştırmadaki ölçüt geçerliliği sonuçlarına benzer şekilde FACIT-Pal ölçeğinin ilk geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirildiği araştırmada da Lions ve ark. (21) ölçüt geçerliliğinin değerlendirilmesinde FACIT-Pal toplam puanları ile FACT-G, ESDÖ ve KPS puanları arasında ilişkiyi değerlendirmiş ve FACIT-Pal toplam puanı ile FACT-G, ESDÖ ve KPS puanları arasında anlamlı bir ilişki ortaya koymuştur. Shinall ve ark.’nın (123) FACIT-Pal ölçeğinin kısa formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirildiği çalışmasında da ölçeğin ölçüt geçerliliğinin değerlendirilmesinde hastaların performans durumu ile FACIT-Pal ölçeği puanı arasındaki ilişki incelenmiş ve performans durumu ile FACIT-Pal ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Siegert ve ark.’nın (121) FACIT-Pal ölçeğinin

üç farklı Afrika ülkesinde geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirildiği çalışmada FACIT-Pal ölçeğin ölçüt geçerliliğinin değerlendirilmediği görülmüştür

5.2.2. Ölçeğin Güvenilirliği

Bir ölçüm aracının, hatalardan arınmış olarak ölçme yapabildiğini, verileri doğru topladığını ve yinelenebilir bir ölçek olduğunu göstermek amacıyla güvenilirliği değerlendirilmektedir (140). Güvenilirlik, gerçek değerlerle gözlemlenen değerler arasındaki ilişkinin yüksek olmasıdır ve tesadüfi hata düşük olduğu oranda bu ilişki yüksek çıkmaktadır. Güvenilirlik analizi, araştırmacı tarafından kullanılan form sayısı ve seans sayısına göre değişen, birden çok yöntemle yapılabilmesine karşın temelde dört grupta ele alınmaktadır: İç tutarlılık güvenilirliği, test-tekrar test güvenilirliği, paralel formlar güvenilirliği, gözlemciler arası güvenilirlik (99). Kan (141) yeni hazırlanan bir ölçek için, iç tutarlılık güvenilirliğinin gerekli ancak yeterli olmadığı ve ölçüm çalışmasının niteliğine göre, aynı zamanda diğer güvenilirlik analizlerinin de yapılması gerektiği belirtmektedir. Bu doğrultuda, bu çalışmada FACIT-Pal ölçeğinin güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacı ile iç tutarlılık analizi, test-tekrar test güvenilirlik analizi, madde analizleri ve alt boyutlar arasındaki ilişki analizleri yapılmıştır.

İç Tutarlılık Güvenilirliği

İç tutarlılık güvenilirliğinde, tek bir ölçüm aracı kullanılarak ve tek bir seansta ölçüm yapılarak maddelerin belirli bir kavramsal yapıyı tutarlı bir şekilde ölçüp ölçmediği araştırılmakta ve maddeler arasındaki iç tutarlılığı yüksek olan araçların güvenilir olduğu kabul edilmektedir (98, 99). Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılığının değerlendirilmesinde “Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı hesaplanması” ve “yarıya bölme yöntemi” kullanılmıştır.

Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı, arka planda yatan gizli kavramsal yapıdaki değişkenlik hakkında bilgi veren, matematiksel hesaplamalara dayanan güvenilirlik indeks değeridir ve maddelerin birbiri ile tutarlı olup olmadığını ve maddelerin hipotetik bir değişkeni ölçüp ölçmediğini belirlemektedir. Bu sebeple, ölçeğin kullanıldığı her bir farklı örneklem için yeniden hesaplanması önerilmektedir. Cronbach Alfa değeri tek boyutlu ölçekler için iyi bir güvenilirlik katsayısı iken, çok boyutlu ölçekler için her bir faktör bazında Cronbach Alfa katsayısının hesaplanması

önerilmektedir (98). Bu çalışmada, literatürde önerildiği şekilde ölçeğin güvenilirliğinin değerlendirilmesi aşamasında, Cronbach Alfa katsayısı hem ölçeğin tamamı için hemde alt boyutlar için hesaplanmıştır. FACIT-Pal ölçeği toplamı için hesaplanan Cronbach alfa katsayısı 0,932’dir. Alt boyutlar için hesaplanan Cronbach Alfa değerleri 0,732 ile 0,860 arasındadır. En düşük Cronbach Alfa değeri “sosyal yaşam/ aile iyilik hali” ve en yüksek Cronbach Alfa değeri “palyatif bakım” alt boyutuna aittir.

Cronbach Alfa ve diğer güvenilirlik katsayılarının ne olması gerektiği konusunun bilim adamları, bilim disiplinleri ve araştırma alanlarına göre farklılık gösterdiği belirtilmektedir. Sosyal bilimlerde alt düzey 0,70 olarak kabul edilmektedir. Öte yandan ölçek geliştirmeye yönelik olarak yapılan pilot araştırmalar için Cronbach Alfa değerinin 0,60, temel araştırmalar için 0,80, uygulamalı araştırmalar için 0,90-0,95 olması gerektiği belirtilmektedir. Şencan (98) ve Tavşancıl (131) tarafından belirtildiği üzere, Nunnally’e göre “alfa güvenilirlik değeri 0,70’den büyük” olmalıdır, George ve Mallery’e göre ise alfa değerinin 0,80-0,90 arasında olması “iyi”, 0,70-0,80 arasında olması “kabul edilebilir” ve 0,60-0,70 arasında olması “kuşku” olarak nitelendirilmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda, bu çalışmada FACIT-Pal ölçeği için hesaplanan iç tutarlılık katsayısı ölçeğin güvenilir bir ölçek olduğunun göstergesi olarak kabul edilmiştir. Başka bir anlatımla, ölçek maddelerinin birbiri ile tutarlı olduğu, ölçeğin yüksek bir iç tutarlılığa sahip olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmadaki bulgulara benzer şekilde FACIT-Pal ölçeğinin ilk geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirildiği araştırmada ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda da FACIT-Pal ölçeği için hesaplanan Cronbach Alfa katsayılarının ölçeğin güvenilirliği için kabul edilebilir sınırlarda olduğu bulunmuştur. Lyons ve ark.’nın (21) çalışmasında FACIT-Pal toplamı için Cronbach Alfa değeri 0,93 ve alt boyutlar için 0,75 ile 0,85 olarak hesaplanmıştır. Siegert ve ark.’nın (121) çalışmasında FACIT-Pal toplamı için Cronbach Alfa değeri hesaplanmamış ancak alt gruplar için hesaplanan Cronbach Alfa değerleri 0,78 ile 0,87 arasında bulunmuştur. Bu çalışmadaki sonuçlara benzer şekilde FACIT-Pal ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğin değerlendirildiği diğer çalışmalarda da en düşük Cronbach Alfa değerinin sosyal yaşam/aile iyilik hali ve en yüksek Cronbach Alfa değerinin de palyatif bakım alt boyutu için hesaplanmış olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda da FACIT-Pal ölçeğinin güvenilirliğinin

değerlendirilmesinde elde edilen Cronbach Alfa katsayısı değerlerinin ölçeğin güvenilirliğin ortaya konması için yeterli büyüklükte olduğu sonucuna varılmıştır (21,121).

Bu çalışmada ölçeğin güvenilirliğinin değerlendirilmesinde “iç tutarlılık katsayısının” yanı sıra “yarıya bölme yöntemi” ile iç tutarlılığın değerlendirilmesi de yapılmıştır. Bu kapsamda “iki yarı arasındaki güvenilirlik katsayısı” hesaplanmıştır. Yarıya bölme yöntemi testin iç tutarlılığını değerlendirmede kullanılan bir diğer yöntemdir. Likert ölçeklerinde iç tutarlılık analizinde bu yöntemle başvurulabilmektedir. Yarıya bölme yönteminde test veya ölçek katılımcılara uygulandıktan sonra, ilk olarak belirli bir sisteme bağlı olarak a) rasgele, b) tek-çift sıralaması, c) birinci yarı-ikinci yarı, d) her bir yarı her faktörü içerecek şekilde veya e) kolaylık ve zorluk açısından maddeler eşit dağılacak şekilde iki eşit yarıya bölünür. Daha sonra, her bir yarının toplam puanları hesaplanır ve iki yarı arasındaki korelasyon analizi toplam puanlara göre yapılır. Elde edilen korelasyon kat sayısı “yarıya bölme güvenilirlik katsayısı olarak” isimlendirilir. Değerlendirme yapılırken bu ölçümün ölçeğin tamamını kapsamaması için Spearman-Brown formülü ile düzeltilmiş sonuçların kullanılması önerilmektedir. Yarıya bölme güvenilirlik katsayısının en az 0,70 olması gerektiği belirtilmektedir (98). Bu çalışmada “birinci yarı-ikinci yarı” şeklinde yarıya bölme işlemi uygulanmıştır. Ölçekte yer alan maddeler için “Spearman-Brown formülü ile düzeltilmiş sonuçlar” değerlendirmeye alınmıştır. Yarıya bölme güvenilirlik kat sayısının en az 0,70 olması iç tutarlılık için kriter olarak kabul edilmiştir (98,131).

Bu çalışmada FACIT-Pal ölçeğinin iç tutarlılık analizinde kullanılan “yarıya bölme yönteminde” “Spearman-Brown düzeltmesi” sonrası elde edilen “yarıya bölme güvenilirlik katsayısı 0,905’dir. Bu değerin 0,70’in üzerinde olması ölçeğin güvenilir bir ölçek olarak kabul edilebilir olduğunun diğer bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir. FACIT-Pal ölçeğinin ilk geliştirildiği ve farklı ülkelerde geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirildiği çalışmalarda yarıya bölme yöntemi ile ölçeğinin iç tutarlılığının değerlendirilmediği görülmüştür (21,121,123).

Test-Tekrar Test Güvenilirliği

FACIT-Pal ölçeğinin uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücü için test-tekrar test güvenilirliği incelenmiştir. Bu amaçla, ölçek ilk uygulamadan 2-4 hafta sonrasında 60 hastaya tekrar uygulanmıştır. Test-tekrar test yönteminde, ölçümler arasındaki zaman aralığı konusunda farklı bilgiler bulunmaktadır. İki ila altı hafta arasında tekrar testin uygulanması gerekliliği belirtilmektedir (131). Bununla birlikte, test-tekrar test yönteminde, uygulamalar arasında geçen sürenin uzunluğunun test uygulanan kişilerin değişme olasılığını arttırarak, güvenilirlik katsayısının düşmesine ve ölçümün standart hatasının artmasına neden olacağı belirtilmektedir (98). Ayrıca bir ölçme aracının zamana karşı değişmezliğini kestirmek için kullanılan test-tekrar test yönteminde, ölçümler arası en uzun aralığın “dört-sekiz” haftadan fazla olmaması da önerilmektedir (99,147). Tavşancıl (131) ise iki ölçüm arasındaki sürenin, ölçülen özelliğe göre değişmekle birlikte, genellikle “iki-üç” ile “dört-altı” hafta arasında yeterli olabileceğini ifade etmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda, bu çalışmada test-tekrar test güvenilirliği için tercih edilen iki-dört haftalık zaman aralığının bilimsel olarak da kabul edilebilir bir süre olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada, test-tekrar test güvenilirliği için yapılan korelasyon analizinde, test-tekrar test sonuçları arasındaki tutarlılığı açıklayan kararlılık katsayısı (korelasyon katsayısı) 0,877 bulunmuştur. Bu sonuçlara göre katılımcıların ilk uygulama ve tekrar uygulama sonucunda aldıkları ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü bir ilişki olduğu görülmektedir (Bkz. Tablo 4.13.). Şencan (98) test-tekrar test korelasyon katsayısının (kararlılık katsayısı) en az “0,80” olması gerektiğini belirtirken, aynı zamanda bazı bilim adamları tarafından “0,70” güvenilirlik katsayısının da yeterli bulunduğunu ifade etmiştir. Bu doğrultuda bu çalışmada elde edilen test-tekrar test kararlılık katsayısının ölçeğin zamana göre tutarlı olduğunun bir göstergesi olduğu düşünülmektedir. FACIT-Pal ölçeğinin ilk geliştirildiği araştırmada ve diğer geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirildiği araştırmalarda da ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği değerlendirilmemiştir (21, 121,123). Bu çalışma FACIT-Pal ölçeğinin zamana tutarlı bir ölçüm aracı olduğunun gösterildiği ilk çalışmadır.

Madde Analizi ve Ölçek Puanları

Likert tipi bir ölçekte her cevaplayıcının ölçek puanı, maddelere gösterdiği tepki puanlarının toplamından oluşmaktadır. Bunun için, cevaplayıcıların her bir maddeye verdiği cevap puanlanmalıdır. Maddelere verilen cevapların puanlanması öncelikle maddenin olumlu ya da olumsuz oluşuna bağlı olarak değişmektedir. Olumsuz maddeler, olumlu maddelerin tersine puanlanır ve böylece yüksek ölçek puanları daima olumlu tutumu gösterir. Özgün biçimiyle Likert tipi bir ölçekte her bir maddeye verilecek cevap beş seçenekten birisidir. Puanlama yolu ölçek boyunca aynı kalmalıdır. Boş bırakılmış cevap bulunmamalıdır (130). Bu çalışmada, geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirilen FACIT-Pal ölçeğinde de yukarıdaki bilgilere paralel olarak ölçekte yer alan her bir maddenin puanlanmasında 5’li likert tipi puanlama kullanılmaktadır ve katılımcılar, her bir maddeyi 0=Hiç, 1=Çok az, 2=Biraz, 3=Oldukça ve 4=Çok fazla şeklinde cevaplamaktadır. 0 puan olumsuz, 4 puan olumlu tutumun göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada güvenilirlik ve geçerliliği test edilen ölçekte bulunan toplam 46 maddenin 19’u olumsuz maddeler olup, puanlanmasında ters kodlama yapılmıştır. FACIT-Pal ölçeği “sosyal yaşam/aile iyilik hali alt boyutunda yer alan 7. madde (“cinsel hayatım tatmin edici”) ile ilgili olarak katılımcılar için cevaplamak istemediklerinde bu soruyu cevapsız bırakma seçeneği bulunmaktadır. Ölçeğin ve alt grupların toplam puanlarının hesaplanmasında cevapsız bırakılan madde sayısı dikkate alındığı için bu durum bir sorun olarak değerlendirilmemektedir. Ölçekten alınabilecek en az puan 0 (sıfır) en fazla puan 184’tür. FACIT-Pal ölçeği için puanın yüksek olması yaşam kalitesinin iyi olduğunun göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Madde Analizi

Madde analizinde ölçekte yer alan ifadeler, ölçülmek istenen konu ile ilişkili olup olmadığı ve bu konunun boyutu üzerinde değişik dereceleri birbirinden ayırt edebilme özellikleri bakımından incelenir. Ölçülmek istenen konu ile ilişkisi güçlü veya ayırt edici olanlar ölçeğe konulmak üzere seçilir (130).

Bu çalışmada ölçülmek istenen özelliği ölçmede, her bir maddenin ölçme gücünü belirlemek amacı ile Likert tarafından önerilen korelasyonlara dayalı madde analizi kullanılmıştır (98,130). Maddeler arasındaki ilişkilerin güçlü veya zayıf olup olmadığını görmek, maddeler arasındaki tutarlılığı belirlemek veya maddelerin arka

planındaki gizli değişkeni ortaya çıkarmak için maddeler arası korelasyon analizi yapılmaktadır. Bu konuda diğer bir yöntem maddelerin toplam puanla olan korelasyonuna bakmaktır. Ancak madde-toplam puan korelasyonunun yapılabilmesi için 100 ile 200 arasında ya da madde sayısının en az beş katı kadar cevaplayıcının olması öngörülmektedir. Madde-toplam korelasyon katsayısının negatif ve 0,20'den düşük olmaması gerekmektedir (98,99,131). Bu çalışmada araştırma grubunun literatür bilgisine paralel olarak madde analizi için yeterli büyüklükte olduğu ($n=232$) düşünülmüş ve korelasyona dayalı madde analizi yöntemlerinden “düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyonları” kullanılmıştır.

Düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayısının yorumlanması konusunda farklı görüşler vardır. Korelasyonun düşük olması güvenilirliği düşürdüğü için bu maddelerin ölçekten çıkarılması gerekmektedir (98,99,131). Tavşancıl'ın (131) belirttiği üzere, her bir madde için hesaplanan korelasyon katsayısının en az 0,20 veya 0,25 olması ve negatif olmaması gerekmektedir. Şencan'a (98) göre, bu katsayının “0,30”un altında olmaması gerekmektedir. Ayrıca madde ölçekten çıkarıldığında Cronbach Alfa katsayısı yükseliyorsa o maddenin güvenilirliği azalttığına ve ölçekten çıkartılması gerektiğine karar verilir. Böylece ölçeğin homojenliği artırılmış ve dolayısıyla güvenilirliği yükseltilmiş olur (99,131). Ayrıca ilgili literatürde, düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayısı 0,40'ın üzerinde olan maddelerin ayırt edicilik özelliği “çok iyi”, 0,21 ile 0,40 arasında olan maddelerin ayırt edicilik özelliği “iyi” ve 0,20'nin altında olan maddelerin ayırt edicilik özelliğinin “kötü” olarak da değerlendirildiği ifade edilmektedir. Ayırt edicilik özelliği kötü olan maddeler ölçeğin güvenilirliğini düşürdüğünden, bu maddeler nihai ölçeğe alınmamalıdır (98, 131). Bu çalışmada sadece Pal13 maddesi için hesaplanan madde toplam puan korelasyon katsayısı 0,20'nin altında (0,188) bulunmuştur. Bu madde için madde toplam korelasyon katsayısı kriter değerinin sadece 0,012 birim altındadır ve madde ölçekten çıkartıldığı zaman Cronbach Alfa değerini sadece 0,002 birim yükseltmektedir. Bu nedenle bu değerlerin PAL13 maddesinin ölçekten çıkartılması için yeterli değerler olmadığı düşünülmüştür. Ayrıca yapı geçerliliğinin değerlendirilmesi için yapılan analizler sonucunda da bu maddenin ölçeğin yapı geçerliliğini olumsuz etkilemediği görülmüştür. Bu nedenle ölçeğin orijinaline sadık kalınması için bu maddenin ölçekte kalmasına karar verilmiştir. Sonuç olarak FACIT-

Pal ölçeği için yapılan korelasyona dayalı madde analizi sonuçlarının ölçeğin güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu gösterdiği düşünölmektedir. FACIT-Pal ölçeğinin geliştirildiği ilk çalışmada madde toplam puan analizlerinin yapılmadığı görölmüştür (21). Siegert ve ark.'nın (121) çalışmasında ölçeğin güvenilirliği için madde toplam puan analizleri yapılmış olmasına rağmen ilgili çalışmada madde analizine sadece palyatif bakım alt boyutunda yer alan 19 maddenin dahil edildiği görölmüştür. 19 madde için yapılan madde toplam puan analizlerinde madde toplam puan korelasyon kat sayıların 0,24 ile 0,71 arasında bulunduğu belirtilmiştir.

FACIT-Pal ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi için yapılan analiz sonuçları geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunun göstergesi olarak kabul edilmiştir.

5.3. Katılımcıların FACIT-Pal Ölçeği Puanlarının Bazı Sosyodemografik ve Tıbbi Özellikleri ile İlişkisi

Hem ölkemizde hem de dünyada sağlıklı veya bir hastalığa sahip olan bireylerin yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çok çalışmada bireylerin sosyodemografik ve tıbbi özelliklerinin yaşam kalitesi ile ilişkili faktörler arasında yer aldığı ortaya konmuştur (142-146).

Özellikle kanser hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmalar incelendiğinde yaş, cinsiyet, mesleki durum, eğitim durumu, aylık gelir ve aile tipi gibi sosyodemografik özellikler ile tedavi tipi, hastalığın evresi, tümörün yerleşim yeri, hastalık türü, tedavi süresi, diğer kronik hastalıkların varlığı gibi tıbbi özelliklerin yaşam kalitesi ile ilişkili faktörler olduğu görölmektedir (148-150). Bunun yanısıra yaşam kalitesinin sosyodemografik ya da tıbbi özellikler ile ilişkisinin bulunmadığı veya kesin sonuçların ortaya konmadığı çalışmalar da bulunmaktadır (80,148,152). Ainuddin ve ark.'nın (148) Malezya'da kanser hastalarının yaşam kalitesinin incelendiği araştırmaları sistematik olarak derlediği çalışmasında, toplam 24 araştırma incelenmiş ve kanser hastalarının sosyodemografik, tıbbi, psikolojik özellikleri ile kanser tedavisinin yaşam kalitesiyle ilişkili olduğunu gösteren sonuçlar olmasına rağmen ileriki araştırmalarda bu ilişkili faktörlerin ayrıntılı olarak ele alınması gerektiği vurgulanmıştır. Benzer şekilde Ho ve ark.'nın (152) Asyalı meme kanseri olan bireylerin sağlık ilişkili yaşam kalitesinin incelendiği toplam 57 araştırmayı

sistematiik olarak derlediği çalışmada, kanser dışında başka kronik hastalığı olan, kemoterapi alan, sosyal desteği az olan ve karşılanmamış gereksinimleri çok olan hastaların daha kötü yaşam kalitesine sahip olduğunun araştırmalarda kesin olarak gösterilmiş olmasının yanısıra yaş, medeni durum, gelir durumu, cerrahi tipi, radyoterapi veya hormon tedavisi alma ve karşılanmamış seksüel ihtiyaçlar gibi durumların daha düşük genel yaşam kalitesi ve iyilik hali ile ilişkisinin değişken olduğu bazı çalışmalarda ilişki bulunmuşken, bazılarında bulunmadığı belirtilmiştir. Arslan ve Bölükbaş'ın (149) kanser hastalarının yaşam kalitesini etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada genç hastaların yaşam kalitesinin genel olarak daha iyi olduğu ve yaşam kalitesinin farklı alanlarında yaşa göre farklılıklar bulunduğu bildirilmiştir. Glcivan ve Topçu'nun (150) meme kanseri olan kadınlarda yaşam kalitesinin incelendiği çalışmasında eğitim durumu yüksek olan hastaların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu, ayrıca çalışmayan hastaların yaşam kalitesinin fiziksel boyutta daha iyi olduğu bulunmuştur. Bilal ve ark.'nın (151) baş boyun kanserli olan hastalarda yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında aktif tedavi alma durumu, hastalığın evresi ve tümörün yerleşim alanının yaşam kalitesi ile kuvvetli derecede, tedavi tipi, evlilik durumu, çalışma durumu ve yaşın orta derecede; tümör boyutu/tipi, cinsiyet, eğitim durumu ve ırkın zayıf ilişkili faktörler olduğu belirtilmiştir. Heydamejad ve ark.'nın (80) kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesini incelediği çalışmasında yaşam kalitesinin hastaların kaçıncı tedavi krnde olduklarına göre anlamlı farklılık gösterdiği halde, hastaların hiçbir sosyodemografik özelliğine göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Bu çalışmada katılımcıların yaşam kalitesinin yaş, medeni durum, çalışma durumu, yatan veya ayaktan hasta olma ve kanser dışında başka hastalık sahibi olma durumuna göre farklılık gösterdiği bulunmuştur. Ayaktan tedavi ve taki yapılan ve kanser dışında başka kronik hastalığı bulunmayan, 20-39 yaş grubunda olan katılımcıların yaşam kalitesinin diğerlerine göre daha iyi olduğu ve eşi ölmüş olan katılımcıların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu grlmştir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlara yönelik önerilere yer verilmiştir.

6.1. Sonuçlar

FACIT-Pal ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmanın sonucunda,

1. FACIT-Pal ölçeğinin dil geçerliliğinin değerlendirilmesi amacı ile yapılan ölçeğin Türkçeye çevirisi ve çevirinin uygunluğunun değerlendirilmesi/ harmonizasyon aşamaları sonrasında araştırmacıların FACIT kuruluşundan görevli kişiler ile karşılıklı fikir alışverişi ile FACIT-Pal ölçeğinin Türkçe versiyonu oluşturulmuştur. Ölçeğin çeviri ve anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi aşamalarında ölçeğin dil ve yüzey geçerliliğinin uygunluğu gösterilmiştir.
2. Faktör analizi öncesinde örneklemin faktör analizi yapılmasına uygunluğunun değerlendirilmesi için hesaplanan KMO katsayısı ve Bartlett testine ilişkin Ki-kare değerinin anlamlı bulunması, bu araştırma örnekleminin faktör analizi yapılması için uygun olduğunu göstermiştir.
3. FACIT-Pal ölçeğinin Türkçe formunun yapı geçerliliğinin değerlendirilmesi için yapılan DFA sonuçlarına göre ölçeğin orijinaline uygun şekilde beş faktörlü yapının kabul edilebilir değerler ile doğrulandığı görülmüştür. Sadece GS7 maddesi analizlere dahil edilmemiştir. Bu nedenle FACIT-Pal ölçeğinin Türkçe formunun 45 maddelik beş faktörlü yapısı kabul edilmiştir.
4. FACIT-Pal ölçeğinin Türkçe formunun ölçüt geçerliliğinin değerlendirilmesi için yapılan, FACIT-Pal ölçeği ile FACT-G, KPS ve ESDÖ puanları arasındaki korelasyon analizi sonuçları FACIT-Pal ölçeği Türkçe formunun ölçüt geçerliliğinin kabul edilebilir olduğunu göstermiştir.
5. FACIT-Pal ölçeği Türkçe formunun güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacı ile yapılan analizlerde ölçek için hesaplanan Cronbach Alfa katsayısı 0,940'tır. Alt boyutlar için hesaplanan Cronbach Alfa katsayıları 0,594 ile 0,860 arasındadır. Ayrıca yarıya bölme yönteminde "Spearman-Brown düzeltmesi" sonrası elde edilen "yarıya bölme güvenilirlik katsayısı 0,918

bulunmuştur. FACIT-Pal ölçeği için alt boyutları ve geneli için hesaplanan Cronbach Alfa ve yarıya bölme güvenilirlik katsayısı, FACIT-Pal ölçeğinin güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir.

6. Test-tekrar test analizlerinde ilk ve tekrar test toplam puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü bir ilişki bulunmuştur ($r=0,877$, $p<0,001$). Bu sonuçlar FACIT-Pal ölçeği Türkçe formunun zamana karşı tutarlı sonuçlar verdiğini göstermektedir.
7. Korelasyona dayalı madde analizi için “düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayıları (madde-kalan korelasyon katsayısı)” hesaplanmıştır. Sadece Pal13 maddesi için hesaplanan düzeltilmiş madde toplam puan korelasyon kat sayısı 0,20’nin altında (0,188) bulunmuştur. Ancak ölçeğin geçerliliğinin değerlendirilmesinde ilgili maddenin sorun teşkil etmemesi nedeni ile madde ölçekten çıkartılmamıştır.
8. FACIT-Pal ölçeği toplam puanı ile ölçekte yer alan her bir madde arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ve çoğunlukla kuvvetli ilişkiler bulunmuştur ($p<0,001$). Bu sonuçlar FACIT-Pal ölçeğinin güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir.

6.2. Öneriler

Kanser hastalarının, hastalık ve tedavi sürecinde yaşamlarının nasıl etkilendiğinin belirlenmesi ve hastalık sürecinde uygulanan ilaç ve ilaç dışı müdahalelerin etkinliğinin değerlendirilmesinde yaşam kalitesi hem klinik hem de araştırma alanında en önemli sağlık göstergelerinden birisi olarak kullanılmaktadır (18,83).

Çalışmada elde edilen veriler doğrultusunda kanser hastalarının palyatif bakıma özgü yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacı ile kullanılabilecek “geçerli” ve “güvenilir” bir ölçek olduğu gösterilen FACIT-Pal ölçeği Türkçe formunun,

1. Ülkemizde, kanser hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacı ile sağlık personeli tarafından kullanılması,
2. Kanser hastalarının palyatif bakıma özgü yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yönelik planlanan araştırmalarda kullanılması,
3. Palyatif bakımın yaşamı tehdit edici hastalığa sahip olan bütün bireyleri kapsadığı göz önünde bulundurulduğunda, ölçeğin diğer yaşamı tehdit edici hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yönelik uyarlama araştırmalarının yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Aydoğan F, Uygun K. Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. Klinik Gelişim. 2011;24:4-9.
2. Peters L, Sellick K. Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home - based palliative care. J Adv Nurs. 2006;53(5):524-533.
3. Hun Kang J, Kwon JH, Hui D, Yennurajalingam S, Bruera E. Changes in symptom intensity among cancer patients receiving outpatient palliative care. J Pain Symptom Manage. 2013; 46 (5):652-660.
4. Teunissen SC, Wesker W, Kruitwagen C, de Haes HC, Voest EE, de Graeff A. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. J Pain Symptom Manage. 2007;34(1):94-104.
5. Glare PA. Early implementation of palliative care can improve patient outcomes. J Natl Compr Canc Netw. 2013;11(suppl 1):S-3.
6. Tsai JS, Wu CH, Chiu TY, Chen CY. Significance of symptom clustering in palliative care of advanced cancer patients. J Pain Symptom Manage. 2010;39(4):655-662.
7. Higginson IJ, Evans CJ. What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? The Cancer Journal. 2010;16(5):423-435.
8. Hawkins C. Anorexia and anxiety in advanced malignancy: the relative problem. J Hum Nutr Diet. 2000;13(2):113-117.
9. McMillan SC, Small BJ. Symptom distress and quality of life in patients with cancer newly admitted to hospice home care. Oncol Nurs Forum. 2002;29(10):1421-1428.
10. Meneses K, Benz R. Quality of life in cancer survivorship: 20 years later. Semin Oncol Nurs. 2010;26(1):36-46.
11. Parrish P, Stillman D, Strumpf N. Module Six: When People Are Dying: Palliative Care [Internet]. 2002. [Erişim Tarihi 6 Temmuz 2018]. Erişim adresi http://www.med.upenn.edu/gec/user_documents/PalliativeCarefinal2013-Intro.pdf
12. Kaasa S, Hjermstad JM, Loge HJ. Methodological and structural challenges in palliative care research: how have we fared in the last decades? Palliat Med. 2006;20(8):727-734.
13. Radbruch L, Payne S, Bercovitch M, Caraceni A, Hegedus K, Nabal M ve ark. White Paper On Standards And Norms For Hospice And Palliative Care İn Europe Part I. Recommendations From The European Association For Palliative Care. Eur J Palliat Care. 2009;16(6):278-289.
14. Yıldırım NK, Kaçmaz N, Özkan M. İleri Evre Kanseri Hastalarının Karşılanmamış Bakım Gereksinimleri. J Psychiatr Nurs. 2013;4(3):153-158.

15. WHOQoL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-1409.
16. Vahedi S. World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF): analyses of their item response theory properties based on the graded responses model. *Iran J Psychiatry.* 2010;5(4):140.
17. Altıparmak S, Fadıloğlu Ç, Gürsoy ŞT, Altıparmak O. Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Ege Tıp Dergisi.* 2011;50(2):95-102.
18. Fetting J, Anderson P, Ball H, Benear J, Benjamin K, Bennett C ve ark. Outcomes of cancer treatment for technology assessment and cancer treatment guidelines. *J Clin Oncol.* 1996;14(2):671-679.
19. Ferrans CE. Differences in what quality-of-life instruments measure. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2007;(37):22-26.
20. Kılıçkap S, Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ile Hastalığın Klinikopatolojik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi [Yüksek Lisans tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.
21. Lyons KD, BakitasM, HegelMT, HanscomB, Hull J,Ahles TA. Reliability and validity of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care (FACIT-Pal) Scale. *J Pain Symptom Manage.* 2009;37:23–32.
22. Zeng L, Bedard G, Cella D, Thavarajah N, Chen E, Zhang L ve ark. Preliminary results of the generation of a shortened quality-of-life assessment for patients with advanced cancer: the FACIT-Pal-14. *J Palliat Med.* 2013;16(5):509-515.
23. Albers G, Ehteld MA, de Vet HC, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Linden MH, Deliens L. Evaluation of quality-of-life measures for use in palliative care: a systematic review. *Palliat Med.* 2010;24(1):17-37.
24. Cohen SR, Mount BM, Strobel MG, Bui F. The McGill Quality of Life Questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. *Palliat Med.* 1995;9(3):207-219.
25. Groenvold M, Petersen MA, Aaronson NK, Arraras JI, Blazeby JM, Bottomley A ve ark. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. *Eur J Cancer.* 2006;42(1):55-64.
26. Ewing, G., Todd, C., Rogers, M., Barclay, S., McCabe, J., & Martin, A. Validation of a symptom measure suitable for use among palliative care patients in the community: CAMPAS-R. *J Pain Symptom Manage.* 2004; 27(4):287-299.
27. McMillan SC, Dunbar SB, Zhang W. Validation of the Hospice Quality-of-Life Index and the Constipation Assessment Scale in end-stage cardiac disease patients in hospice care. *J Hosp Palliat Nurs.* 2008;10(2):106-117.

28. Osse BH, Vernooij MJ, Schadé E, Grol RP. Towards a new clinical tool for needs assessment in the palliative care of cancer patients: the PNPC instrument. *J Pain Symptom Manage*. 2004; 28(4):329-341.
29. Hearn J, Higginson IJ. Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the palliative care outcome scale. *Palliative Care Core Audit Project Advisory Group. BMJ Qual Saf*. 1999;8(4):219-227.
30. Stewart BW, Wild CP. *World cancer report 2014*. Lyon: International Agency for Research on Cancer Press; 2014.
31. Türkiye Kanser İstatistikleri [İnternet]. 2017 [Erişim Tarihi 12 Temmuz 2018]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/495-2014-yılı-türkiye-kanser-istatistikleri.html>
32. Sürmeli DM, Akçiçek F. Palyatif Bakım: Tanımı ve Tarihçesi. *Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics*. 2016;9(1):8-1.
33. WHO Definition of Palliative Care. [İnternet].2018 [Erişim Tarihi 12 Temmuz 2018]. Erişim adresi: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
34. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM ve ark. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol*. 2012;30(8):880-887.
35. Özkan S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımı. *Selçuk Tıp Dergisi*. 2011;28(1): 69-74.
36. Centeno C, Clark D, Lynch T, Racafort J, Greenwood A, Brasch S ve ark. Facts And Indicators On Palliative Care Development İn 52 Countries of The Who European Region: Results of An EAPC Task Force. *Palliat Med*. 2007;21(6):463-471.
37. Bingley A, Clark,D. A comparative review of palliative care development in six countries represented by the Middle East Cancer Consortium (MECC). *J Pain Symptom Manage*. 2009;37(3):287-296.
38. Peppercorn JM, Smith TJ, Helft PR, DeBono DJ, Berry SR, Wollins DS ve ark. American Society of Clinical Oncology statement: Toward individualized care for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2011; 29(6):755-760.
39. Kaasa S, Hjermstad JM, Loge HJ. Methodological and structural challenges in palliative care research: how have we fared in the last decades? *Palliat Med*. 2006;20(8):727-734.
40. Radbruch L, Payne S, Bercovitch M, Caraceni A, Hegedus K, Nabal M ve ark. White Paper On Standards And Norms For Hospice And Palliative Care İn Europe Part I. Recommendations From The European Association For Palliative Care. *Eur J Palliat Care*. 2009;16(6):278-289.
41. Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand C. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review. *Palliat Med*. 2014;28(2):130-150.

42. Starks H, Wang S, Farber S, Owens DA, Curtis JR. Cost savings vary by length of stay for inpatients receiving palliative care consultation services. *J Palliat Med.* 2013;16(10):1215-1220.
43. McCarthy IM, Robinson C, Huq S, Philastre M, Fine RL. Cost savings from palliative care teams and guidance for a financially viable palliative care program. *Health Serv Res.* 2015;50(1):217-236.
44. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leighl N, Oza A ve ark. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet.* 2014;383(9930):1721-1730.
45. Yennurajalingam S, Urbauer DL, Casper KL, Reyes-Gibby CC, Chacko R, Poulter V ve ark. Impact of a palliative care consultation team on cancer-related symptoms in advanced cancer patients referred to an outpatient supportive care clinic. *J Pain Symptom Manage.* 2011;41(1):49-56.
46. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson V ve ark. To describe the evaluation and treatment recommendations made in proactive OPCCs for advanced cancer patients. *N Engl J Med.* 2010;363(8):733-742.
47. Levy M, Smith T, Alvarez-Perez A, Back A, Baker JN, Beck AC ve ark. Palliative care version 1.2016. *J Natl Compr Canc Netw.* 2016;14(1):82-113.
48. Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, Lyons KD, Hull JG, Li Z ve ark. Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol.* 2015;33(13):1438-1445.
49. The National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 3rd edition [İnternet] 2013 [Erişim Tarihi 12 Temmuz 2018]. Erişim adresi: <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp-guidelines-2013/>
50. Zimmermann C, Riechelmann R, Krzyzanowska M, Rodin G, Tannock I. Effectiveness of specialized palliative care: a systematic review. *JAMA.* 2008;299(14):1698-1709.
51. Meier DE, Palliative Care in U.S. Hospitals: Implications for Access to Quality Healthcare, Testimony Prepared for the United States Senate Special Committee on Aging. 2008;1-23.
52. Kelley AS, Morrison RS. Palliative care for the seriously ill. *N Engl J Med.* 2015;373(8):747-755.
53. Bruera E, Sweeney C. Palliative care models: international perspective. *J Palliat Med.* 2002;5(2):319-327.
54. Santa-Emma PH, Roach R, Gill MA, Spayde P, Taylor RM. Development and implementation of an inpatient acute palliative care service. *J Palliat Med.* 2002;5(1):93-100.
55. Gade G, Venohr I, Conner D, McGrady K, Beane J, Richardson HR ve ark. Impact of an Inpatient Palliative Care Team: A Randomized Control Trial. *J Palliat Med.* 2008;11(2):180-190.

56. Elsayem A, Swint K, Fisch MJ, Palmer JL, Reddy S, Walker P ve ark. Palliative care inpatient service in a comprehensive cancer center: clinical and financial outcomes. *J Clin Oncol*. 2004;22(10):2008-2014.
57. Morrison RS. Models of palliative care delivery in the United States. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2013;7(2):201-206.
58. Seow H, Brazil K, Sussman J, Pereira J, Marshall D, Austin PC ve ark. Impact of community based, specialist palliative care teams on hospitalisations and emergency department visits late in life and hospital deaths: a pooled analysis. *BMJ*. 2014;348:g3496.
59. Kamal AH, Currow DC, Ritchie CS, Bull J, Abernethy AP. Community-based palliative care: the natural evolution for palliative care delivery in the US. *J Pain Symptom Manage*. 2013;46(2):254-264.
60. Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM). Kanser Hastalığı Konusunun Araştırılarak Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. (Rapor No: TBMM: 648). [İnternet] 2010 [Erişim Tarihi 12 Temmuz 2018]. Erişim adresi: <https://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>
61. Tuncer M. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı Ulusal Kanser Programı 2009-2015 [İnternet] 2009 [10 Temmuz 2018]. Erişim adresi: http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/Ulusal_Kanser_Kontrol_Programi_2009-2015.pdf
62. Kıvanç MM. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2017;4(2):132-135.
63. Bağ, B. Hospis ve Hospiste Ölüme Hazırlanma. *Akademik Geriatri Dergisi*. 2012;4(3):120-125.
64. Oztul N, Gultekin M, Koc O, Goksel F, Bayraktar G, Ekinli H ve ark. Turkish community-based palliative care model: a unique design. *Ann Oncol*. 2012;23(suppl_3):76-78.
65. Hackamiloglu E, Utku ES, Cukurova Z, Keskinilic B, Topcu I, Gultekin M ve ark. Community palliative care in Turkey: A collaborative promoter to a new concept in the Middle East. *J Public Health Manag Pract*. 2016; 22(1):81-88.
66. Gültekin M, Özgöl N, Olcayto E, Tuncer AM. Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*. 2010;13(1):1-6.
67. Demirer T, Olgun N, Özet A. Türkiye Bilimler Akademisi Ulusal Kanser Politikaları Çalıştayı Raporu [İnternet] 2014 [12 Temmuz 2018]. Erişim adresi: http://www.tuba.gov.tr/upload/files/tubayla_ilgili/Kanser%20%C3%87al%C4%B1%C5%9Ftay%C4%B1%20Raporu_compressed.pdf
68. Kabalak A, Öztürk H, Erdem TA, Akın S. Sağlık Bakanlığı Ulus Devlet Hastanesi’nde Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi Uygulaması, Çağdaş Tıp Dergisi. 2012;2(2):122-126.

69. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge [İnternet] 2015 [Erişim Tarihi 12 Temmuz 2018]. Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2817,palyatif-bakim-hizmetleri-yonergesipdf.pdf?0>
70. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *J Pain Symptom Manage*. 2013;45(6): 1094-1106.
71. Akçiçek F, Akbulut F, Fadiloğlu ÇZ. Palyatif bakım; evde ve hastanede çalıştay raporu. Ege Geriatri Derneği Yayınları. 2013.
72. Sağlık Bakanlığı Bilgi Edinme Hattı [İnternet] 2017 [Erişim Tarihi 15 Mart 2018]. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11574/bilgi-edinme.html>
73. Lindstrom B, Koehler L. Youth, disability and quality of life. *Pediatrician*. 1991;18(2):121-128.
74. Sharma N, Purkayastha A. Factors affecting quality of life in breast cancer patients: A descriptive and cross-sectional study with review of literature. *J Midlife Health*. 2017;8(2): 75-83.
75. Üstündağ S, Zencirci AD. Factors affecting the quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy: A questionnaire study. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2015;2(1);17-25.
76. Bradlyn AS, Ritchey AK, Harris CV, Moore IM, O'Brien RT, Parsons S.K ve ark. Quality of life research in pediatric oncology. Research methods and barriers. *Cancer*. 1996;78:1333-1339.
77. Bradlyn AS. Health-related quality of life in pediatric oncology:current status and future challenges. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2004;21(3):137-140.
78. Perim A. Trakya Üniversitesi Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi [Yüksek Lisans tezi]. Edirne:Trakya Üniversitesi; 2007.
79. Clarke SA, Eiser C. The measurement of health related quality of life in pediatric clinical trials: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2(66):1-5.
80. Heydarnejad MS, Hassanpour DA, Solati DK. Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *Afr Health Sci*. 2011;11(2).
81. Cella DF,Tulsky DS. Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology (Williston Park)*. 1990;4 (5), 29-38.
82. Costantini M, Mencaglia E, Giulio PD, Cortesi E, Roila F, Ballatori E ve ark. Cancer patients as 'experts' in defining quality of life domains. A multicentre survey by the Italian Group for the Evaluation of Outcomes in Oncology (IGEO). *Qual Life Res*. 2000;9(2):151-159.
83. Kamal AH, Harrison KL, Bakitas M, Dionne-Odom JN, Zubkoff L, Akkyar I ve ark. Improving the quality of palliative care through national and regional collaboration efforts. *Cancer Control*. 2015;22(4):396-402.

84. Goodwin DM, Higginson IJ, Myers K, Douglas HR, Normand CE. Effectiveness of palliative day care in improving pain, symptom control, and quality of life. *J Pain Symptom Manage*. 2003;25(3):202-212.
85. Bottomley A. The cancer patient and quality of life. *Oncologist*. 2002;7 (2):120-125.
86. Lutgendorf SK, Anderson B, Rothrock N, Buller RE, Sood AK, Sorosky JI. Quality of life and mood in women receiving extensive chemotherapy for gynecologic cancer. *Cancer*. 2000;89 (6):1402-1411.
87. Saegrov S. Health, quality of life and cancer. *Int Nurs Rev*. 2005;52(3):233-240.
88. Rustoen T, Moum T, Wiklund I, Hanestad BR. Quality of life in newly diagnosed cancer patients. *J Adv Nurs*. 1999;29:490-498.
89. Thomé B, Hallberg IR. Quality of life in older people with cancer—a gender perspective. *Eur J Cancer Care*. 2004;13(5):454-463.
90. Wasserman IM, Chua LA. Objective and subjective social indicators of the quality of life in American SMSA's: A reanalysis. *Soc Indic Res*. 1980;8(3):365-381.
91. Diener E, Suh E. Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Soc Indic Res*. 1997;40(1-2):189-216.
92. Georgiou J, Hancock P. Quality of Life Indicators: The Objective-Subjective Interrelationship That Exists within One's 'Place of Residence' in Old Age. *Asian Soc Sci*. 2009;5(9):3-20.
93. McCaffrey N, Bradley S, Ratcliffe J, Currow DC. What aspects of quality of life are important from palliative care patients' perspectives? A systematic review of qualitative research. *J Pain Symptom Manage*. 2016;52(2):318-328.
94. Cohen SR, Sawatzky R, Russell LB, Shahidi J, Heyland DK, Gadermann AM. Measuring the quality of life of people at the end of life: The McGill Quality of Life Questionnaire—Revised. *Palliative medicine*. 2017;31(2):120-129.
95. Rugno FC, Carlo MMRDP. The Palliative Outcome Scale (POS) applied to clinical practice and research: an integrative review. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24:e2764:2-11.
96. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;30(3):211-216.
97. Büyüköztürk Ş. Veri analizi el kitabı. 13. Baskı. Ankara, Pegem Yayinevi, 2011.
98. Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenirlik ve geçerlilik, Ankara, Seçkin Yayıncılık Sanayi ve Ticaret AŞ. 2005.
99. Çam OM, Arabacı BL, Tutum ölçeği hazırlamada nitel ve nicel adımlar, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2010;2:59-71.
100. MacCallum RC, Widaman KF, Zhang S, Hong S. Sample size in factor analysis. *Psychol Methods*. 1999;4(1):84-99.
101. Yong AG, Pearce S. A beginner's guide to factor analysis: Focusing on exploratory factor analysis. *Tutor Quant Methods Psychol*. 2013;9(2):79-94.

102. Karnofsky DA, Burchenal JH. Present status of clinical cancer chemotherapy. *Am J Med.* 1950;8(6):767-788.
103. Crooks V, Waller S, Smith T, Hahn TJ. The use of the Karnofsky Performance Scale in determining outcomes and risk in geriatric outpatients. *J Gerontol.* 1991; 46(4):139-144.
104. Vecht CJ, Hovestadt A, Verbiest HBC, Van Vliet JJ, Van Putten WLJ. Dose - effect relationship of dexamethasone on Karnofsky performance in metastatic brain tumors A randomized study of doses of 4, 8, and 16 mg per day. *Neurology.* 1994;44(4):675-675.
105. Mor V, Laliberte L, Morris JN, Wiemann M. The Karnofsky performance status scale: an examination of its reliability and validity in a research setting. *Cancer.* 1984;53(9):2002-2007.
106. Buccheri G, Ferrigno D, Tamburini M. Karnofsky and ECOG performance status scoring in lung cancer: a prospective, longitudinal study of 536 patients from a single institution. *Eur J Cancer Care.* 1996;32(7):1135-1141.
107. Schaafsma J, Osoba D. The Karnofsky Performance Status Scale re-examined: a cross-validation with the EORTC-C30. *Qual Life Res.* 1994;3(6):413-424.
108. Baksi A, Dicle A. MD Anderson Beyin Tümörü Semptom Envanteri'nin Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi.* 2010;3:123-36.
109. Pekçeti S, Bumin G, Güngör T, Tunç S. Kemoterapi Alan Jinekolojik Kanserli Hastalarda Algılanan Aktivite Performansının Toplumsal Katılım ve Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkisi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi.* 2013;1(2):31-40.
110. Yılmaz G, Maruf NART, İzmirli M, Yavuz A, Alper, CAN. Whole brain radiotherapy results of patients with brain metastases and investigation of their prognostic factors. *Turkish Journal of Oncology.* 2014;29(2).
111. Koç M, Dede D. Beyin Metastazlarında Farklı İki Radyoterapi Fraksiyonunun Karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* 2000;20(5):279-285.
112. Guzelant A, Goksel T, Ozkok S, Tasbakan S, Aysan T, Bottomley A. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: an examination into the cultural validity and reliability of the Turkish version of the EORTC QLQ-C30. *Eur J Cancer Care .* 2004;13(2):135-144.
113. Keles GE, Anderson B, Berger MS. The effect of extent of resection on time to tumor progression and survival in patients with glioblastoma multiforme of the cerebral hemisphere. *World Neurosurg.* 1999;52(4):371-379.
114. Yildirim YK, Cicek F, Uyar M. Effects of pain education program on pain intensity, pain treatment satisfaction, and barriers in Turkish cancer patients. *Pain Manag Nurs.* 2009;10(4):220-228.
115. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care .* 1991;7(2):6-9.

- 116.Sadırlı SK, Ünsar S. Kanserli Hastalarda Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ): Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009;4 (11):79-95.
- 117.Webster K, Cella D, Yost K. The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement System: properties, applications, and interpretation. Health Qual Life Outcomes. 2003;1(1):79.
- 118.Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A ve ark. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. J Clin Oncol. 1993;11(3):570-579.
- 119.Eremenco SL, Cella D, Arnold BJ. A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. J Contin Educ Health Prof. 2005;28(2):212-232.
- 120.Çetiner M, Kalaca S, Birtaş E, Kalayoğlu Beşışık S, Soysal T, Sargın D ve ark. Hematopoietik Kök Hücre Nakli Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Hematology. 2004;21 Supplement: 6-7.
- 121.Siebert R, Selman L, Higginson IJ, Ali Z, Powell RA, Namisango E ve ark. A psychometric evaluation of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative care (FACIT-Pal) scale with palliative care samples in three African countries. J Pain Symptom Manage. 2014; 48(5):983-991.
- 122.Sewtz C, Muscheites W, Kriesen U, Grosse-Thie C, Kragl B, Panse J ve ark. Questionnaires measuring quality of life and satisfaction of patients and their relatives in a palliative care setting—German translation of FAMCARE-2 and the palliative care subscale of FACIT-Pal. Ann Palliat Med. (in press). 2018. doi: 10.21037/apm.2018.03.17.
- 123.Shinall MC, Ely EW, Karlekar M, Robbins SG, Chandrasekhar R, Martin SF. Psychometric Properties of the FACIT-Pal 14 Administered in an Outpatient Palliative Care Clinic. Am J Hosp Palliat Care. (in press). 2018. doi: 10.1177/1049909118763793.
- 124.FACIT Measurement System Questionnaires [İnternet]. 2010 [Erişim tarihi 12 Temmz 2018]. Erişim adresi: <http://www.facit.org/FACITOrg/Questionnaires>
- 125.Bonomi A, Cella D, Hahn E, Bjordal K, Sperner-Unterweger B, Gangeri L ve ark. Multilingual translation of the Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) quality of life measurement system. Qual Life Res . 1996;5(3):309-320.
- 126.Çelik HE, Yılmaz V. LISREL 9.1 ile yapısal eşitlik modellemesi, temel kavramlar-uygulamalar-programlama. 3. Baskı. Ankara: Anı Yayıncılık; 2013. 3. Bölüm. 26.
- 127.Bollen KA. Outliers and improper solutions: A confirmatory factor analysis example. Sociol Methods Res. 1987;15(4):375-384.
- 128.Field A. Discovering statistics using IBM SPSS statistics. 4. Baskı. Kanada: SAGE Yayınları; 2013. Bölüm 17, Exploratory factor analysis; s.695-696.
- 129.Pett MA, Lackey NR, Sullivan JJ. Making sense of factor analysis: The use of factor analysis for instrument development in health care research. Amerika:

SAGE Yayınları; 2003. Bölüm 3, Assessing the Characteristics of Matrices; s. 73-75.

130. Tezbaşaran, E, Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu [İnternet]. 2008 [Erişim Tarihi 12 Temmuz 2018]. Erişim adresi: https://www.academia.edu/1288035/Likert_Tipi_%C3%96l%C3%A7ek_Haz%C4%B1rlama_K%C4%B1lavuzu
131. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi, 3. Baskı, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2006.
132. Şahin DB, Gülleroğlu HD. Likert tipi ölçeklere madde seçmede kullanılan farklı madde analizi teknikleri ile oluşturulan ölçeklerin psikometrik özelliklerinin incelenmesi. E-AJI (Asian Journal of Instruction). 2013;1(2):18-28.
133. Başarık B. FACT-L (Functional Assessment of Cancer Therapy-Lung) yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe sürümünün psikometrik özelliklerinin (Geçerlilik ve güvenilirlik) ve klinikteki kullanımının belirlenmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2012.
134. FACIT Functional Assessment of Chronic Illness Therapy [İnternet]. 2017 [Erişim Tarihi 20 Mayıs 2018]. Erişim adresi: www.facit.org
135. Schreiber JB, Nora A, Stage FK, Barlow EA, King J. Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. The Journal of educational research. 2006;99(6):323-338.
136. Levin B, Boyle P, Dünya Kanser Raporu 2008, Bölge Editörleri; Dinshaw K, Kasler M, Ngoma T, Ashton LP, Tuncer M, Zhao P. Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu, Lyon 2008.
137. Baykara O. Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar, Balıkesir Sağlık Bil Derg. 2016;5(3):154-165.
138. Altunışık R, Coşkun R, Bayraktaoğlu S, Yıldırım E. Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri SPSS uygulamaları, 6. baskı, İstanbul, Sakarya yayıncılık, 2010.
139. Demircioğlu A. İslam Felsefesinde Bir Tabunun Konuşulması: Gazali ve İbrahim Hakkı'da Cinsel Eğitim. Cumhuriyet Uluslararası Eğitim Dergisi. 2014;3(1):24-33.
140. Erkuş A. Psikometri üzerine yazılar, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2003.
141. Kan A, Klasik test teorisine ve örtük özellikler teorisine göre kestirilen madde parametrelerinin karşılaştırılması üzerine ampirik bir çalışma, Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2006; 2(2):227-235.
142. Bertelli M, Bianco A, Rossi M, Scuticchio D, Brown I. Relationship between individual quality of life and family quality of life for people with intellectual disability living in Italy. Int J Dev Disabil Res. 2011;55(12):1136–1150.
143. Akyol AD, Karadakovan A. Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Özbakım Gücü İle Bunlar Üzerine Etkili Değişkenlerin İncelenmesi. Ege Tıp Dergisi. 2002;41(2):97-102.

144. Dural G, Çıtlık Sarıtaş S. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2017;8(17):131-141.
145. De Graeff A, De Leeuw JRJ, Ros WJG, Hordijk GJ, Blijham GH, Winnubst JAM. Sociodemographic factors and quality of life as prognostic indicators in head and neck cancer. *Eur J Cancer* . 2001;37(3):332-339.
146. Avis NE, Crawford S, Manuel J. Quality of life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol*. 2005;23(15):3322-3330.
147. Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber 1:ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması, *Hemşirelik Araştırma Dergisi*. 2002; 4 (1):9-14.
148. Ainuddin HA, AB Ghani SN, Dahlan A, Ibrahim SAS. Quality of Life and Associated Factors of Cancer Patients in Malaysia: A review of current literature. *Environment-Behaviour Proceedings Journal*. 2016;1(2):76-86.
149. Arslan S, Bölükbaş N. Kanseri hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2003;6(3): 38-47.
150. Gülcivan G, Topçu B. Meme Kanseri Hastaların Yaşam Kalitesi İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*. 2017;5(2):63 – 74.
151. Bilal S, Doss JG, Cella D, Rogers SN. Quality of life associated factors in head and neck cancer patients in a developing country using the FACT-H&N. *J Maxillofac Surg*. 2015; 43(2):274-280.
152. Ho PJ, Gernaat SA, Hartman M, Verkooijen HM. Health-related quality of life in Asian patients with breast cancer: a systematic review. *BMJ Open*. 2018;8(4):1-28, e020512.

8. EKLER

EK-1: Hasta Bilgileri Anket Formu

1. Doğum Tarihi:	9. Hastanede yatma durumu? ☐ Yatan hasta ☐ Ayaktan hasta
2. Cinsiyet: ☐ Bayan ☐ Erkek	10. Tanı?
2. Medeni durumu: ☐ Hiç evlenmemiş ☐ Evli yada bir partneri var ☐ Boşanmış ☐ Dul	11. İlk tanı tarihi?
3. Eğitim durumu: ☐ Okur-yazar değil ☐ Okur-yazar ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Yüksek lisans ve üzeri	12. Hastalık evresi? (Lütfen belirtiniz.....) 13. Metastaz durumu? ☐ Yok ☐ Var (Lütfen belirtiniz)
5. Kiminle yaşıyorsunuz? ☐ Anne babam ile ☐ Eşim ve çocuklarımla ☐ Eşimle ☐ Bakıcı ile ☐ Yalnız ☐ Diğer (lütfen belirtiniz.....)	14. Daha önce uygulanan tedaviler? ☐ Kemoterapi, en son ne zaman? (Lütfen belirtiniz.....) ☐ Radyoterapi, en son ne zaman? (Lütfen belirtiniz.....) ☐ Cerrahi, en son ne zaman? (Lütfen belirtiniz.....) ☐ Kemik iliği transplantasyonu, en son ne zaman? (Lütfen belirtiniz)
6. Çalışma durumu? ☐ Çalışıyor ☐ Hiç çalışmamış ☐ Hastalığından dolayı işten ayrılmış ☐ Emekli	15. Kanser dışında diğer kronik hastalıklar? ☐ Yok ☐ Var (Lütfen belirtiniz)
7. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz? ☐ Gelir giderden az ☐ Gelir gidere eşit ☐ Gelir giderden fazla	
8. Bakımınızdan sorumlu kişi kimdir? ☐ Eşi ☐ Diğer akrabalar ☐ Anne/baba ☐ Resmi bakıcı ☐ Çocuklar ☐ Diğer (Lütfen belirtiniz)	

EK-2: Karnofsky Performans Skalası (KPS)

Puan	Hastanın Performansı
100	Normal; şikayeti ve hastalık bulgusu yok
90	Normal aktivitesini sürdürebilir; hastalık şikayet ve bulguları minimal
80	Gayret ile normal aktivitesini sürdürebilir; bir miktar hastalık belirtisi var
70	Kendine bakabilen, ancak normal aktivitesi azalmış ve aktif çalışma yapamayan
60	Gerektiğinde yardımla, fakat sıklıkla kendi ihtiyaçlarını karşılayabilen
50	Sıklıkla yardımla ve medikal destekle ihtiyaçlarını karşılayabilen
40	Sürekli özel yardım ve bakım gerektiren
30	Ciddi düşkün olan ve hastane şartlarında yardım edilmesi gereken
20	Çok hasta, kesinlikle hastanede ve aktif destek tedavisine ihtiyacı olan
10	Ölümcül derecede olan
0	Ölü

EK-3: Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeği

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ)

Doldurulma Tarihi: _____ Saat: _____

Durumunuzu en iyi ifade eden rakamı daire içine alınız:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ağrım yok

Ağrım çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Yorgun değilim

Aşırı yorgunum

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bulantım yok

Bulantım çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Üzüntülü değilim

Üzüntüm çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Endişeli değilim

Endişem çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Uykusuz değilim

Uykusuzluğum çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

İştahsız değilim

İştahsızlığım çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kendimi çok
İyi hissediyorum

Kendimi çok kötü
hissediyorum

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nefes darlığım yok

Nefes darlığım çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cildimde ve tırnaklarımda
değişiklik yok

Cildimde ve tırnaklarımda
çok fazla değişiklik var

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ağızımda hiç yara yok

Ağızımda çok fazla yara var

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ellerimde uyuşma yok

Ellerimde uyuşma çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Diğer problemler

ESTÖ'ni işaretleyen :

___ Hasta ___ Sağlık Personeli
___ Ailesi ___ Aile veya personel yardımı

EK-4: Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi-Palyatif Bakım Ölçeği (FACIT-Pal)

FACIT-Pal (Version 4)

Aşağıdaki listede sizinle aynı hastalığı olan diğer insanların önemli olduğunu söylediği bazı ifadeler verilmiştir. **Lütfen son 7 günü göz önünde bulundurarak, yanıtınızı her satırda bir sayıyı daire içine alarak veya işaretleyerek belirtiniz.**

	<u>BEDENİ DURUM</u>	Hiç	Çok az	Biraz	Ol- dukça	Çok fazla
GP1	Enerjim düşük.....	0	1	2	3	4
GP2	Bulantım var.	0	1	2	3	4
GP3	Bedensel durumum yüzünden ailemin ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekiyorum.	0	1	2	3	4
GP4	Ağrım var.....	0	1	2	3	4
GP5	Tedavinin yan etkileri beni rahatsız ediyor	0	1	2	3	4
GP6	Kendimi hasta hissediyorum.....	0	1	2	3	4
GP7	Yatakta yatmaya mecbur kalıyorum.....	0	1	2	3	4

	<u>SOSYAL YAŞAM ve AİLE DURUMU</u>	Hiç	Çok az	Biraz	Ol- dukça	Çok fazla
GS1	Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum	0	1	2	3	4
GS2	Ailemden manevi destek görüyorum.....	0	1	2	3	4
GS3	Arkadaşımdan destek görüyorum.....	0	1	2	3	4
GS4	Ailem hastalığımı kabullendi.....	0	1	2	3	4
GS5	Ailemle hastalığım konusundaki iletişimden memnunum	0	1	2	3	4
GS6	Kendimi hayat arkadaşına (veya başlıca desteğim olan kimseye) yakın hissediyorum	0	1	2	3	4
Q1	<i>Aşağıdaki soruyu lütfen şu anki cinsel ilişki durumumuzu göz önüne almadan yanıtlayınız. Eğer bu soruya cevap vermemeyi tercih ederseniz, lütfen yandaki kutuyu ☐ işaretleyip bir sonraki bölüme geçiniz.</i>					
GS7	Cinsel hayatım tatmin edici	0	1	2	3	4

EK-4 (Devam): Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi-
Palyatif Bakım Ölçeği (FACIT-Pal)

Lütfen son 7 günü göz önünde bulundurarak, yanıtınızı her satırda bir sayıyı daire içine alarak veya işaretleyerek belirtiniz.

	<u>DUYGUSAL DURUM</u>	Hiç	Çok az	Biraz	Ol- dukça	Çok fazla
GE1	Kendimi üzgün hissediyorum.....	0	1	2	3	4
GE2	Hastalığımla başa çıkma yöntemimden memnunum.....	0	1	2	3	4
GE3	Hastalığımla olan mücadelede ümidimi kaybediyorum.....	0	1	2	3	4
GE4	Kendimi sinirli hissediyorum	0	1	2	3	4
GE5	Ölmekten korkuyorum.....	0	1	2	3	4
GE6	Durumumun daha kötüye gitmesinden endişeleniyorum.....	0	1	2	3	4

	<u>FAALİYET DURUMU</u>	Hiç	Çok az	Biraz	Ol- dukça	Çok fazla
GF1	Çalışabiliyorum (ev işi dahil)	0	1	2	3	4
GF2	İşim (ev işi dahil) beni tatmin ediyor.....	0	1	2	3	4
GF3	Hayattan zevk alabiliyorum.....	0	1	2	3	4
GF4	Hastalığımı kabullendim.....	0	1	2	3	4
GF5	İyi uyuyorum	0	1	2	3	4
GF6	Eğlenmek için yaptığım şeylerden zevk alıyorum.....	0	1	2	3	4
GF7	Şu anda hayatımın kalitesinden memnunum	0	1	2	3	4

EK-4 (Devam): Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi-Palyatif Bakım Ölçeği (FACIT-Pal)

Lütfen son 7 günü göz önünde bulundurarak, yanıtınızı her satırda bir sayıyı daire içine alarak veya işaretleyerek belirtiniz.

	<u>DİĞER ENDİŞELER</u>	Hiç	Çok az	Biraz	Ol- dukça	Çok fazla
PAL1	Arkadaşlarımla görüşmeyi sürdürüyorum.....	0	1	2	3	4
PAL2	Ailemde sorumluluklarımı üstlenecek kişiler var	0	1	2	3	4
PAL3	Ailem bana değer verir.....	0	1	2	3	4
PAL4	Aileme yük olduğumu hissediyorum	0	1	2	3	4
B1	Nefes darlığı çekiyorum	0	1	2	3	4
PAL5	Kabızım	0	1	2	3	4
C2	Kilo kaybediyorum.....	0	1	2	3	4
O2	Kusma durumları geçirdiğim oluyor	0	1	2	3	4
PAL6	Vücudumun bazı yerlerinde şişlikler var	0	1	2	3	4
PAL7	Ağzım ve boğazım kuruyor.....	0	1	2	3	4
Br7	Kendi kendime bakabiliyorum	0	1	2	3	4
PAL8	İşe yaradığımı hissediyorum	0	1	2	3	4
PAL9	Her günü iyi değerlendiririm.....	0	1	2	3	4
PAL10	Kendimle barışığım	0	1	2	3	4
Sp21	Umutlu hissediyorum	0	1	2	3	4
PAL12	Karar verebiliyorum	0	1	2	3	4
L1	Zihnim açık	0	1	2	3	4
PAL13	Daha önceden problem yaşadığım insanlar ile uzlaştığım (barıştığım) oldu.....	0	1	2	3	4
PAL14	Bana en yakın olan kişilerle endişelerim hakkında açıkça konuşabiliyorum.....	0	1	2	3	4

EK-5: Tez Çalışması ile İlgili Etik Kurul İzni

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞI
ANKARA



EĞT.ÖĞT. : 50687469-1491 - 284 - 15/1648.4- 765

27 Nisan 2015

KONU : GATA Etik Kurulu Kararı.

Dr.Hem.Gülcan BAĞÇIVAN'a

İLGİ : GATA K.lığının 19 Ağustos 2014 tarihli, HRK.EĞT.:50687469-1280-2190-14/Eğt.Öğt.(3) 1511-2913 sayılı ve "GATA Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Kurulu Üye Görevlendirmesi" konulu yazısı.

1. GATA Etik Kurulu'nun 07 Nisan 2015 günü yapılan 07 'nci oturumunda, GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürlüğünde görevli Dr.Hem.Gülcan BAĞÇIVAN'ın sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi-Palyatif Bakım Ölçeğinin (Functional Assessment Of Chronic Illness Therapy-Palliative Care (FACIT-Pal) Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" başlıklı, tek merkezli, metodolojik olan araştırma dosyası ile ilgili GATA Etik Kurulu'nun kararı EK-A'dadır.

2. Anket uygulaması yapılacak tüm çalışmalar ilgi emir gereği GATA Anket Kurulundan onay almak şartıyla araştırmalarını uygulayabileceklerdir.

Rica ederim.


Orhan KOZAK
Profesör Tabip Tuğgeneral
GATA Etik Kurulu Başkanı

E K İ :
Bir Adet Etik Kurul Raporu (Def.Kyt.No:164)

EK-5 (Devam): Tez Çalışması ile İlgili Etik Kurul İzniHİZMETE ÖZEL**HİZMETE ÖZEL**

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 07
OTURUM TARİHİ : 07 Nisan 2015
DEFTER . KAYIT NO : 164
OTURUM BAŞKANI : Prof. Hv. Tbp. Tuğg. Orhan KOZAK
OTURUM SEKRETERİ : Prof. Tbp. Tuğg. Bülent BEŞİRBELLİOĞLU

GATA Etik Kurulu'nun 07 Nisan 2015 günü yapılan 07'nci oturumunda, GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürlüğünde görevli Dr.Hem.Gülcan BAĞÇIVAN'ın sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi-Palyatif Bakım Ölçeğinin (Functional Assessment Of Chronic Illness Therapy-Palliative Care (FACIT-Pal) Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" başlıklı, tek merkezli, metodolojik olan araştırma dosyası değerlendirildi.

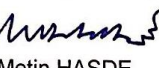
Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

BAŞKAN**ÜYE****ÜYE****ÜYE**


Orhan KOZAK
Prof.Hv.Tbp.Tuğg.


Bülent BEŞİRBELLİOĞLU
Prof.Tbp.Tuğg.

TOPLANTIYA KATILMADI
Yaşar Meriç TUNCA
Prof.Diş.Tbp.Alb.

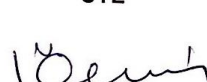

Metin HASDE
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE**ÜYE****ÜYE****ÜYE**


Bülent GÜLEÇ
Prof.Tbp.Alb.


Fuat TOSUN
Prof.Hv.Tbp.Alb.


Mahir GÜLEÇ
Prof.Tbp.Alb.

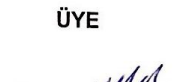

Ömer DENİZ
Prof.Tbp.Alb.

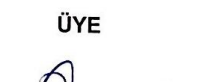
ÜYE**ÜYE****ÜYE****ÜYE****ÜYE**


Suzi DEMİRBAĞ
Prof.Tbp.Alb.


Ahmet KORKMAZ
Prof.Hv.Tbp.Alb.


Harun TUĞCU
Prof.Tbp.Alb.


Muharrem UÇAR
Doç.Dr.J.Tbp.Alb.


Emine İYIGÜN
Doç.Dr.Hv.Sağ.Alb.

HİZMETE ÖZEL**HİZMETE ÖZEL**

EK-6. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Hastanesi Araştırma İzni

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık
Uygulama ve Araştırma Merkezi

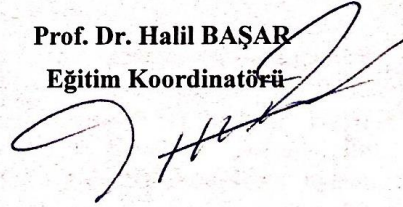
TIPTA UZMANLIK ve EĞİTİM KURULU TOPLANTI KARAR TUTANAĞI

Toplantı Sayısı : 27
Toplantı Tarihi : 23.01.2018 Salı
Saat : 14:00

Sayın Gülcan BAĞÇIVAN

Gülhane Eğitim ve Araştırma hastanesinde görevli Dr. Hem. Gülcan BAĞÇIVAN' ın sorumlu araştırmacılığını yaptığı **"Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi- Palyatif Bakım Ölçeğinin (Functional Assessment Of Chronic Illness Therapy- Palliative Care (FACIT-Pal) Türkçe Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması"** başlıklı, çok merkezli, metodolojik çalışmayı Hastanemizde yapma hususunun uygun olduğuna oy birliği ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Halil BAŞAR
Eğitim Koordinatörü



EK-7: FACIT Kuruluşunun FACIT-Pal Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Yapılmasına İlişkin Onayı

From: jbredie@facit.org
 To: gulcan_408@hotmail.com
 Subject: RE: Reliability and Validity of FACIT-Pal Scale for Turkish version
 Date: Mon, 24 Nov 2014 21:44:18 +0000
 Hi Gulcan,

We don't currently have the FACIT-Pal available in Turkish, so you would first need to translate and linguistically validate it. This requires two forward translations from English to Turkish by two translators working independently from one another, a reconciliation of the two forward translations performed by a third translator, a back translation of the reconciled version into English provided by a fourth translator, and a review/finalization provided by a fifth translator. Once draft translations of the items are complete, the questionnaire would need to be administered to 10 patients, who complete the questionnaire and are interviewed about the items using a cognitive debriefing script we prepare and you would translate. Once those steps are complete, you could test the reliability-validity. If you think you have the ability to resource all of these steps, let me know and I can work with you on the translation, and I can provide you with our format in which you would need to perform the translations. Let me know if you have any questions.

Kind regards,
 Jason

Jason Bredie
 Manager, Business Operations
jbredie@facit.org
 +1-773-807-9094

 FACITGroupRGBFinal

PROVIDING A VOICE FOR PATIENTS WORLDWIDE
www.facit.org

FACIT

EK-8: FACIT Kuruluşunun Çeviri Aşamasında Kullanılmak Üzere Gönderdiği Form (örnek olarak Pall maddesine ait sayfa verilmiştir)

FACT-PAL-TUR-IH

Note to translators: this questionnaire is a general quality of life questionnaire that will be answered by both women and men. Please be gender inclusive (both masculine and feminine) throughout. Also please keep in mind that the recall period is the past 7 days and that the responses to the questions are “not at all”, “a little bit”, “somewhat”, “quite a bit”, and “very much”.

Pall

Eng I maintain contact with my friends

Fwd 1 (MS) Arkadaşlarımla iletişimiimi devam ettiririm

Fwd 2 (İA) Arkadaşlarımla görüşmeyi sürdürüyorum

REC Arkadaşlarımla görüşmeyi sürdürüyorum

BT I am still in touch with my friends.

FACIT BT looks good.

Comments

Rev

Final Arkadaşlarımla görüşmeyi sürdürüyorum

Literal BT of

Final

Polished BT of

Final

Harmo Issues (for FACIT/LC use only!)

Post Harmo If different than original final.

Final Please add rows below and provide “Polished” and “Literal” BT’s

Post Proofing If different than original final.

Final Please add rows below and provide “Polished” and “Literal” BT’s

Debrief. Notes (for FACIT/LC use only!)

Post Test Final If different than original final.

Please add rows below and provide “Polished” and “Literal” BT’s

EK-9: Dijital Makbuz ve Orijinallik Raporu Ekran Çıktısı

[illegible]

EK-9 (Devam): Dijital Makbuz ve Orijinallik Raporu Ekran Çıktısı

KRONİK HASTALIKLAR TEDAVİSİNİN FONKSİYONEL DEĞERLENDİRİLMESİ-PALYATİF BAKIM ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

ORJİNALLİK RAPORU

% **15**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **13**

İNTERNET KAYNAKLARI

% **7**

YAYINLAR

%

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

docplayer.biz.tr

İnternet Kaynağı

% **2**

2

katalog.hacettepe.edu.tr

İnternet Kaynağı

% **1**

3

acikerisim.deu.edu.tr

İnternet Kaynağı

% **1**

4

www.saglikcalisanisagligi.org

İnternet Kaynağı

% **1**

5

onkder.org

İnternet Kaynağı

% **1**

6

www.onkoloji.gov.tr

İnternet Kaynağı

% **1**

7

Khan. "Patients' and Health Care Providers' Evaluation of Quality of Life Issues in Advanced Cancer Using Functional Assessment of Chronic Illness Therapy -

<% **1**

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Gülcan BAĞÇIVAN

Doğum yeri ve tarihi: 01.01.1983

Uyruğu: TC

İletişim adresi ve telefonu:

Adres: Aşağıeğlence Mah. Bağlum Cad. 13/15 06010, Etlik/Ankara

Tlf: 0543 7893 082

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden-eskiye doğru)

Öğrenim dönemi	Derece	Üniversite	Öğrenim alanı
2014-2018	Yüksek Lisans	Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Enstitüsü	Epidemiyoloji
2008-2012	Doktora	Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA), Hemşirelik Yüksekokulu	İç Hastalıkları Hemşireliği
2006-2008	Yüksek Lisans	GATA, Hemşirelik Yüksekokulu	İç Hastalıkları Hemşireliği
1999-2003	Lisans	GATA, Hemşirelik Yüksekokulu	Hemşirelik

III- Mesleki Deneyimi

Görev dönemi	Görev türü	Kuruluş
Temmuz 2017- Halen	Eğitim Hemşiresi	Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kasım 2015 – Temmuz 2017	Doktora sonrası ziyaretçi araştırmacı	Alabama Üniversitesi Birmingham (UAB) (Birmingham, AL, Amerika), Hemşirelik, Araştırma ve Burs Ofisi
2012- 2015 (Kasım)	Öğretim Görevlisi	Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) (Ankara)
2006-2012	Araştırma Görevlisi	Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) (Ankara), Hemşirelik Yüksek Okulu, İç Hast. Hem. BD.
2004-2006	İş Yeri Hemşiresi	2.Hava İkmal Bakım Merkez Komutanlığı (Kayseri)
2003-2004	Klinik Hemşiresi	GATA Haydarpaşa Eğiti Hastanesi (İstanbul) Tıbbi Onkoloji BD. Kalp ve Damar Cerrahisi A.B.D.

IV- Bilimsel Faaliyetleri

Yayınları: (ulusal/uluslararası makale, bildiri, poster, kitap ya da kitap bölümü vb.)

1. **BAGCIVAN, G.,** DIONNE-ODOM, J. N., FROST, J., PLUNKETT, M., STEPHENS, L. A., BISHOP, P., ... & BAKITAS, M. (2017). What happens during early outpatient palliative care consultations for persons with newly diagnosed advanced cancer? A

- qualitative analysis of provider documentation. *Palliat Med.* 2017 Sep 1:269216317733381. doi: 10.1177/0269216317733381. [Epub ahead of print]
2. SEVEN M, **BAGCIVAN G**, BOLUKBAS F, & AKYUZ A, (2017). Women with family history of breast cancer: How much are they aware of their risk? *Journal of Cancer Education* 2017 May 4. doi: 10.1007/s13187-017-1226-3. [Epub ahead of print]
 3. DURU AŞİRET G., BAĞÇIVAN G., ÖZCAN M., ERÖKSÜZ B.B., AKBAYRAK N., AKDEMİR N. (2017), Cross-cultural adaptation and psychometric assessment of Turkish version of Vulnerability to Abuse Screening Scale, *Turkish Journal Of Medical Sciences*, DOI: 10.3906/sag-1609-11, Available online: 12.03.2017
 4. **BAGCIVAN, G.**, CİNAR, F. I., CİNAR, M., OFLAZ, F., UZUN, S., & PAY, S. (2015). Living with pain in ankylosing spondylitis: a qualitative study. *Contemporary Nurse*, 51(2-3), 135-147.
 5. **BAGCIVAN, G.**, & AKBAYRAK, N. (2015). Development and Psychometric Testing of the Turkish-Version Oral Chemotherapy Adherence Scale. *Journal of Nursing Research*, 23(4), 243-251.
 6. **BAGCIVAN, G.**, CİNAR, F. I., TOSUN, N., & KORKMAZ, R. (2015). Determination of nursing students' expectations for faculty members and the perceived stressors during their education. *Contemporary Nurse*, 50(1), 58-71.
 7. **BAGCIVAN, G.**, MASATOGLU, B., & TOPCU, Z. (2015). Informal Caregivers' Knowledge and Practice of Caring for Neutropenic Patients. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(4), 400-403.
 8. **BAĞÇIVAN, G.**, TOSUN, N., KÖMÜRCÜ, Ş., AKBAYRAK, N., & ÖZET, A. (2009). Analysis of patient-related barriers in cancer pain management in Turkish patients. *J Pain Symptom Manage*, 38(5), 727-737.
 9. WALKER, D. K., SİPPLES, R., **BAGCIVAN, G.**, & BAKİTAS, M. (2017). Cancer and Palliative Care in the United States, Turkey and Malawi: Developing Global Collaborations, *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, Asia Pac J Oncol Nurs, 4:209-19
 10. SİPPLES, R., TAYLOR, R., WALKER, D. K., **BAGCIVAN, G.**, DİONNE-ODOM, J. N., & BAKİTAS, M. (2017). Perioperative Palliative Care Considerations for Surgical Oncology Nurses. *Seminars in Oncology Nursing*, Feb;33(1):9-22. Epub 2017 Jan 4.
 11. KAPUCU, S., ÖZAYDIN ÖZKARAMAN, A., UYSAL N., **BAGCIVAN G.**, ÇETİN ŞEREF, F., ELÖZ A., Knowledge level on administration of chemotherapy through peripheral and central venous catheter among oncology nurses (2017). *Asia Pac J Oncol Nurs*, 4:61-8.
 12. **BAĞÇIVAN, G.**, UYSAL, N., KARAASLAN, A., KAPUCU, S., TALAS, M. S., & TERAKEYE, G. (2015). Türkiye’de 2009-2013 yılları arasında yayınlanmış olan onkoloji hemşireliği alanında yapılmış araştırmaların incelenmesi: Sistematiik derleme. *Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi*, 30(2).
 13. **BAGCIVAN G**, ÜNAL M, AKIN A, CİNAR FI, ÖZEN N. (2016). Hemşirelik ve Mizah: Hemşirelerin Çalışma Alanları Mizah Tarzlarını Etkiler mi? *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13 (2): 95-100
 14. KILIÇ, B., ÇİÇEK, H. S., AKBAYRAK, N., & **BAĞÇIVAN, G.** (2016). Kalp yetersizliği olan birey ve yakınlarının evde bakım hizmetleri hakkındaki görüş ve beklentilerinin belirlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 5(1), 33-41.

15. **BAĞÇİVAN, G.**, UYSAL, N., KARAASLAN, A., KAPUCU, S., TALAS, M. S., & TERAKEYE, G. (2015). Türkiye’de 2009-2013 yılları arasında yayınlanmış olan onkoloji hemşireliği alanında yapılmış araştırmaların incelenmesi: Sistematiik derleme. Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi, 30(2).
16. KALENDER, N., TOSUN, N., **BAGCIVAN, G.**, CİNAR, F. I., YILMAZ, M. I., EYİLETEN, T., ... & DİKİCİ, D. (2015). Evaluation of Knowledge About and Attitudes Towards Kidney Transplantation in Patients Undergoing Hemodialysis Treatment. Turkish Nephrology Dialysis And Transplantation Journal, 24(2), 202-206.
17. ÇINAR, F. İ., ÇETİN, F. Ş., KALENDER, N., & **BAĞÇİVAN, G.** (2015). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin güneşten korunmaya ilişkin davranışlarının belirlenmesi. Gulhane Medical Journal, 57(3).
18. SEVEN, M., **BAĞÇİVAN, G.**, KILIÇ, S., & AÇIKEL, C. (2012). Hemşirelik yüksekokulu birinci sınıf öğrencilerinin öğrenme stillerinin belirlenmesi ve ders başarıları ile ilişkisinin incelenmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 54, 129-135.
19. **BAĞÇİVAN, G.**, SÜTÇÜÇİÇEK, H., & ÖZCAN, T. C. (2011). Yoğun bakımda yatan hasta ve yakınlarıyla iletişim. İç Hastalıkları Dergisi, 18, 117-122.
20. AKBAYRAK, N., & **BAĞÇİVAN, G.** (2010). Yoğun bakım ünitelerinde sık görülen enfeksiyonların önlenmesinde kanıta dayalı uygulamalar. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 13(4), 65-71.
21. KALENDER, N., TOSUN, N., ÇINAR, Fİ, **BAĞÇİVAN, G.**, & YAŞAR, Z. (2016). Bir Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 58(), 277-281.
22. Özeti SCI-Expanded (Science Citation Index-expanded), SSCI (Social Science Citation Index) ve AHCI (Arts and Humanites Citation Index) tarafından taranan dergilerde yayınlanan uluslararası kongre ve sempozyumlarda sunulan sözel ve poster bildiriler
23. SAHİN E, GUVENÇ G, **BAGCIVAN G**, SEVEN M, BAKITAS M, What are Nursing Students Thoughts About Palliative Care?: A Study from Turkey, MASCC/ISOO Annual Meeting on Supportive Care in Cancer, 22-24 June, 2017 in Washington DC, USA. (Support Care Cancer (2017),25 (Suppl 2): S21-S226). (Sözel Bildiri)
24. WELLS, R., EJEM, D., DİONNE-ODOM, J., **BAGCIVAN, G.**, KEEBLER, K., FROST, J., ... & BAKİTAS, M. (2017). What’s in the “Black Box”? Describing the Focus of Early, Outpatient Palliative Care Consultation Evaluations and Treatment Recommendations for Individuals with Advanced Heart Failure (TH321B). (Annual Assembly of the American Academy of Hospice and Palliative Medicine (AAHPM) and Hospice and Palliative Nurses Association (HPNA), Feb 22 - 25, 2017 at Phoenix, Arizona, U.S.), J Pain Symptom Manage, 53(2), 327-328.
25. OSİSAMİ, O., **BAGCIVAN, G.**, EJEM, D., MANCARELLA, G., DİONNE-ODOM, J., KVALE, E., ... & BAKİTAS, M. (2017). One Thing Leads to Another: Untangling the Relationship Between Depression and Pain in Outpatients with Serious Illness (S730). (Annual Assembly of the American Academy of Hospice and Palliative Medicine (AAHPM) and Hospice and Palliative Nurses Association (HPNA), Feb 22 - 25, 2017 at Phoenix, Arizona, U.S.), J Pain Symptom Manage, 53(2), 425-426. (Poster Bildiri)
26. **BAGCIVAN G**, BAKİTAS M, KVALE E, NİCHOLS A.C, PALMORE J, HOWELL S.L, DİONNE-ODOM J.N, MANCARELLA G.A, OSİSAMİ O, HİCKS J, MCCARTY C, HUANG S, TUCKER R, Symptom Experience of Patients With Cancer Presenting to an

- Academic Outpatient Palliative / Supportive Care Clinic, MASCC/ISOO Annual Meeting on Supportive Care in Cancer, 22-24 June, 2017 in Washington DC, USA. (Poster Bildiri)
27. **BAGCIVAN G**, BAKITAS M, DIONNE-ODOM JN, FROST J, PLUNKETT M, STEPHENS LA, BISHOP P, What's in the 'special sauce of protocol-driven outpatient palliative care consultations?, J Clin Oncol, Volume 34, Issue 26_suppl, September 10, 2016 (Palliative Care in Oncology Symposium, September 9-10, 2016, San Francisco, CA) (Poster Bildiri)
 28. **BAGCIVAN G**, AKBAYRAK N, The development and psychometric testing of OCAS: Oral Chemotherapy Adherence Scale, European Journal Of Oncology Nursing, Sep 2014, Volume: 18 Supplement:1 Pages: S4-S4 Meeting Abstract: 16 (9th EONS Congress, Istanbul, Turkey, 18–19 September, 2014) (Sözel Bildiri)
 29. **BAGCIVAN G**, UYSAL N, KARAASLAN A, KAPUCU S, TALAS MS, TERAKEYE G, Review of oncology nursing research conducted by nurses in Turkey between 2009 and 2013: a systematic review, European Journal Of Oncology Nursing, Sep 2014, Volume: 18 Supplement:1 Pages: S4-S4 Meeting Abstract: 16 (9th EONS Congress, Istanbul, Turkey, 18–19 September, 2014) (Poster Bildiri)
 30. TALAS MS, KAPUCU S, **BAGCIVAN, G**, UYSAL N, KARAASLAN A, TERAKEYE G, Nursing Studies On The Symptom Control Of Patients Who Have Received Chemotherapy For A Cancer Diagnosis in Turkey in The Last 10 Years: A Systematic Review, Asia-Pacific J Clin Oncol, Volume: 10 Special Issue: SI Supplement: 9 Pages: 231-231, Meeting Abstract: 1143, DEC 2014 (2014 World Cancer Congress, Melbourne, Australia on 3-6 December 2014) (Poster Bildiri)
 31. **BAĞÇIVAN G**, CINAR Fİ, TOSUN N, KORKMAZ R, Determination of the Expectations of the Nursing Students From the Educators and the Perceived Stressor during Their Education, Abstrac in Nursing 2013 Symposium, The Conference for Clinical Excellence, Las Vegas, USA, March 19-22, 2013 (Poster Bildiri)
 32. **BAĞÇIVAN G**, YARANOĞLU C, AKBAYRAK N, Assesment of Relationship Between Social Support Levels and Their Reactions to Cancer of Patients, Abstrac in Support Care Cancer , 20 (Suppl 1): SI-S283. 2012 (2012 International MASCC/ISOO (Multiple Association of Supportive Care in Cancer/International Society for Oral Oncology) Symposium. New York City, New York, USA. June 28-30, 2012) (Poster Bildiri)
 33. **BAĞÇIVAN G**, AKBAYRAK N, ÇINAR Fİ, TOSUN N., Evaluation of the relationship between level of nursing care satisfaction and symptoms experience due to chemotherapy in cancer patients., (Absract in European Journal of Oncology Nursing, 2010), 14:S27,7th EONS Spring Convention, The Hague, Netherlands.15-16 April 2010 (Poster Bildiri)
 34. **BAĞÇIVAN G**, TOSUN N, KÖMÜRCÜ Ş, AKBAYRAK N, Analysis of the patient-related barriers in cancer pain management in Turkish patients, Supportive Care in Cancer, Volume 17, Number 7- July 2009 (Supportive Care in Cancer, MASCC / ISOO, 2009 International Symposium, June 25 – 27, 2009 / Rome, Italy) (Poster Bildiri)
 35. **BAĞÇIVAN, G.**, AKBAYRAK, N., TOSUN, N.: Systematic Approach in Psychosocial Aspect of Chronic Disease With Nursing Diagnosis. 8th Congress of The European Federation of Internal Medicine, İstanbul, Türkiye, 27-30 May 2009. (Abstract, European Journal of Internal Medicine, 2009, 20 (Suppl. 1): S82-83.) (Poster Bildiri)
 36. OSÍSAMI, O., BAKITAS, M., PALMORE, J., NICHOLS, A., HOWELL, S., TUCKER, R., AZUERO, A., **BAGCIVAN, G.**, Is Non-Hospice Palliative Care ‘Colorblind’? - Evaluating Racial Differences in Inpatient Non-hospice Palliative Care, University of

- Alabama at Birmingham, EXPO (Office of Undergraduate Research) Summer, Birmingham AL, July 20, 2017. (1st Place, Health Sciences category) (Poster Bildiri)
37. NICHOLSON, N., **BAGÇIVAN, G.**, EJEM, D., MANCARELLA, G.A., DIONNE-ODOM, J.N., KVALE, E., TUCKER, R., BAKİTAS, M.,. The Nursing Role in Pioneering Outpatient Palliative Care: The UAB Experience 2012-2016. Alabama State Nurses Association Conference 2016, Huntsville, AL, October 15, 2016. (Poster Bildiri)
38. OSİSAMİ, O., **BAGÇIVAN, G.**, EJEM, D., MANCARELLA, G.A., DIONNE-ODOM, J.N., KVALE, E., TUCKER, R., BAKİTAS, M.,. One Thing Leads to Another: Untangling the Relationship Between Pain and Depression in Serious Illness. University of Alabama at Birmingham, EXPO (Office of Undergraduate Research) Summer, Birmingham AL, July 21, 2016. (1st Place, Health Sciences category) (Poster Bildiri)
39. KAPUCU S, OZKARAMAN A, UYSAL N, **BAGÇIVAN G**, TALAS MS, CETİN SEREF F, ELOZ A, Oncology Nurses` Knowledge About Peripheral and Central Venous Catheter Used In Chemotherapy II. International Clinical Nursing Research Congress, 24-27 Jun, 2016, Istanbul, Turkey (Poster Bildiri)
40. **BAĞÇIVAN G**, AKBAYRAK N, Home care needs of adults patients with chronic diseases in turkey: systematic review, The 1 st. International, Home Care Congress, 3-6 July 2013, Turkey (Sözel Bildiri)
41. **BAĞÇIVAN, G.**, TOSUN, N., AKYOL, M.: Nursing Students' Usage of Nursing Process in the Integrated Education System. 56 th Session of the International Statistical Institute, Lisboa, Portugal, 22-29 August 2007 (Poster Bildiri)

Aldığı burslar/ödülleri:

1. GATA Hemşirelik Yüksek Okulu 2013 yılı 3.lük mezuniyet basari derecesi.
2. ÇINAR, F.İ., **BAĞÇIVAN, G.**, TOSUN, N., AKBAYRAK, N., KORKMAZ, A.: Bir Özel Bakım Merkezinde Yaşayan 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Aşılama Durumlarının İncelenmesi. 8. Ulusal Geriatri Kongresi, 29 Ekim-1 Kasım 2009, Antalya. Poster Bildiri (*Bilimsel Araştırma 3.lük Ödülü*)
3. **BAĞÇIVAN G**, AKBAYRAK N, Oral Kemoterapi Kullanan Hastaların Tedaviye Uyumunun Değerlendirilmesine Yönelik Standart Bir Ölçeğin Geliştirilmesi: "Oral Kemoterapi Uyum Ölçeği" 20.Ulusal Kanser Kongresi, ANTALYA, 19-23 Mayıs 2013 Sözel Bildiri (*Bilimsel Araştırma 2.lük Ödülü*).
4. **BAĞÇIVAN G**, MASATOĞLU B, TOPCU Z, Hastanede Yatan Nötropenik Hasta Yakınlarının Nötropenik Hasta Bakımında Uyulması Gereken Kurallar Hakkındaki Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi, 12. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 19-21 Nisan 2013, Konya, Sözel Bildiri (*Türk Onkoloji Hemşireliği Derneği tarafından Sözel Bildiri Ödülü ile ödüllendirilmiştir*)
5. KALENDER N, DİKİCİ D, KAYA D, TOSUN N, ÇINAR Fİ, **BAĞÇIVAN G**, YENİCESU M., Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Bireylerde Diyaliz Yeterliliği İle Uyku Durumu Arasındaki İlişki. 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 1-3 Mayıs 2014, Trabzon, Sözel Bildiri (*Bilimsel Araştırma 2.lük Ödülü*).
6. **BAĞÇIVAN G**, TOPCU Z, MASATOĞLU B, AKBAYRAK N, Hastanede Yatarak Tedavi Gören Kanser Hastalarının Yakınlarının Hemşirelerden Beklentilerinin Belirlenmesi, 21. Ulusal Kanser Kongresi 22-26 Nisan 2015 Antalya, Sözel Bildiri (*Bilimsel Araştırma 2.lük Ödülü*)
7. **BAĞÇIVAN G**, OZEN N, BAYRAK D, ÇINAR Fİ, Kanser Hastası yada Yakini Olmak Kemik İligi Bagisi Konusundaki Farkındaligi Etkiler mi? 18. Ulusal İc Hastalıkları Kongresi, 12-16 Ekim 2016, Antalya, Sözel Bildiri (*Hemşirelik Bilimsel Programı, Bilimsel Araştırma 2.lük Ödülü*)

8. OSİSAMİ, O., **BAGCIVAN, G.**, EJEM, D., MANCARELLA, G.A., DİONNE-ODOM, J.N., KVALE, E., TUCKER, R., BAKİTAS, M.,. One Thing Leads to Another: Untangling the Relationship Between Pain and Depression in Serious Illness. University of Alabama at Birmingham, Birmingham AL, July 21, 2016. (*1st Place, Health Sciences category*) (*Poster Bildiri*)
9. **BAGCIVAN G**, MASCC/ISOO: Travel Scholarship Award Winner (2017), Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) and the International Society of Oral Oncology (ISOO) (*Uluslar Arası Kongre Katılım Destegi Ödülü*)

Projeleri: TUBİTAK 2219 - Yurt Dışı Doktora Sonrası Araştırma Burs Programı (2015 yılı 1.Dönem), Başvuru Numarası (Proje no): 1059B191500575: Hematoloji/Onkoloji Palyatif Bakım Arastirmasi



