

T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



PALYATİF BAKIM HEMŞİRELİĞİ ÖZ YETERLİLİK
ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AYŞE DOĞANAY

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Arzu AKMAN YILMAZ

BOLU, TEMMUZ - 2024

KABUL VE ONAY SAYFASI

Ayşe DOĞANAY tarafından hazırlanan “PALYATİF BAKIM
HEMŞİRELİĞİ ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ’NİN TÜRKÇE GEÇERLİK
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI” adlı tez çalışması jürimiz tarafından Hemşirelik
Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.
2/07/2024

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Arzu AKMAN YILMAZ
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

Üye
Prof. Dr. Gülcan BAĞCIVAN
Koç Üniversitesi

.....

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Ganime Esra SOYSAL
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir,

aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Teze ilişkin Turnitin adlı programında enstitü müdürlüğünce belirlenen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan benzerlik raporuna göre, tezin benzerlik oranı %30'u geçmemektedir.

Bu çalışma için Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulundan Karar No 2023/518 ile etik izin alınmıştır.

AYŞE DOĞANAY

ÖZET

**PALYATİF BAKIM HEMŞİRELİĞİ ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ'NİN
TÜRKÇE GEÇERLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI
YÜKSEK LİSANS TEZİ
AYŞE DOĞANAY
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

(TEZ DANIŞMANI: DR. ÖĞR. ÜYESİ ARZU AKMAN YILMAZ)

**BOLU, HAZİRAN - 2024
X + 60**

Amaç: Palyatif Bakım Hemşireliği Öz Yeterlilik Ölçeğini Türkçeye uyarlayarak geçerlik ve güvenirliğini belirlemektir.

Yöntem: Metodolojik türdeki araştırmanın örneklemini kartopu tekniği kullanılarak Nisan – Mayıs 2024 tarihleri arasında ulaşılan 261 hemşire oluşturdu. Araştırmanın verileri Katılımcı Bilgi Formu ve Palyatif Bakım Hemşireliği Öz-Yeterlilik Ölçeği ile toplandı. Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 25.0 ve AMOS 21 programında analiz edildi. Palyatif Bakım Hemşireliği Öz Yeterlilik Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında kapsam geçerliği, yüzey geçerliliği, yapı geçerliği, yakınsak ve ıraksak geçerlik, ölçek tepki yanlılığı, iç tutarlılık, madde ayırıcılık gücü indeksi, doğrulayıcı faktör analizi, alt boyutlar arasındaki ilişki ve madde tanımlayıcı istatistikler ve test-tekrar test tekniği kullanıldı.

Bulgular: Palyatif Bakım Hemşireliği Öz Yeterlilik Ölçeği'nin Kapsam Geçerlik İndeksi değerinin 0,96 olduğu, birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarında 50 madde ve 10 alt boyutlu yapının RMSEA 0,042 ile χ^2 (Cmin/df) 1,468 ile mükemmel uyum gösterdiği ve Cronbach Alfa güvenirlik katsayısının 0.96 olduğu bulundu.

Sonuç: Türkçe Palyatif Bakım Hemşireliği Öz Yeterlilik Ölçeği hemşirelerin öz-yeterlilik düzeylerini belirleyen bir ölçme aracı olarak kullanılabilir.

Anahtar Sözcükler: Hemşire, Palyatif Bakım, Öz yeterlilik

ABSTRACT

THE VALIDITY AND RELIABILITY OF PALLIATIVE CARE NURSING SELF-COMPETENCE SCALE

MSC THESIS

AYŞE DOĞANAY

BOLU ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY

INSTITUTE OF GRADUATE STUDIES

DEPARTMENT OF NURSING

ASISTANT PROF. ARZU AKMAN YILMAZ

BOLU, JUNE- 2024

X+60

Aim: To examine the validity and reliability of the Palliative Care Nursing Self-Efficacy Scale by adapting it to Turkish.

Method: This methodological study consisted of 261 nurses reached between April and May 2024 using the snowball technique. The data collected with Participant Information Form and Palliative Care Nursing Self-Efficacy Scale. The data analyzed with SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 25.0 and AMOS 21 software. In the validity and reliability study of the Palliative Care Nursing Self-Efficacy Scale, content validity, face validity, construct validity, convergent and divergent validity, scale response bias, internal consistency, confirmatory factor analysis, item discrimination power index, relationship between sub-dimensions and items, descriptive statistics and test-retest technique.

Results: The Content Validity Index value of the Palliative Care Nursing Self-Efficacy Scale was 0.96, and in the results of the first level confirmatory factor analysis, the RMSEA of 50 items and 10 sub-dimensional structures was 0.042; It was found to have an excellent fit with χ^2 (Cmin/df) of 1.468 and a Cronbach Alpha reliability coefficient of 0.96.

Conclusion: The Turkish Palliative Care Nursing Self-Efficacy Scale serves as a valuable instrument for assessing the self-efficacy levels of palliative care nurses.

KEYWORDS: Palliative Care, Self-efficacy, Nurse

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY SAYFASI	I
ETİK BEYAN.....	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT	IV
İÇİNDEKİLER	V
ŞEKİL LİSTESİ.....	VII
TABLO LİSTESİ	VIII
KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ	IX
TEŞEKKÜR	X
1. GİRİŞ.....	1
1.1 Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2 Araştırmanın Amacı.....	3
1.3 Araştırma Sorusu	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1 Palyatif Bakımın Tanımı.....	5
2.2 Palyatif Bakımın Amacı	5
2.3 Palyatif Bakım Modelleri	6
1. Kuramsal Model:	6
2.4 Dünyada Palyatif Bakım.....	8
2.5 Türkiye’de Palyatif Bakım	9
2.6 Palyatif Bakım Hemşireliği	11
2.7 Öz Yeterlilik Tanımı.....	13
2.7.1 Öz Yeterlilik Kaynakları.....	13
2.8 Öz Yeterlilik İnancı Yüksek Olan Bireylerin Özellikleri	15
2.9 Öz Yeterlilik İnancı Düşük Olan Kişilerin Özellikleri	15
2.10 Öz Yeterliliğin Ölçülmesi.....	16
2.11 Hemşirelik ve Öz Yeterlilik.....	16
2.12 Palyatif Bakım Hemşireliği ve Öz Yeterlilik.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1 Araştırmanın Şekli	19
3.2 Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	19
3.3 Araştırmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri	20
3.4 Verilerin Toplanması	20
3.4.1 Veri Toplama Araçları.....	20
3.4.2 Veri Toplama Süreci.....	21
3.4.3 Verilerin Değerlendirilmesi.....	21
3.4.4 Palyatif Bakım Hemşireliği Öz Yeterlilik Ölçeğinin Dil Eşdeğerliğinin Sağlanması	22
3.4.5 Kapsam Geçerliği	22

3.4.6 Yüzey geçerliği.....	23
3.4.7 Yapı Geçerliği.....	23
3.4.8 İç Tutarlılık Analizleri.....	23
3.5 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	23
3.6 Araştırmanın Etik Boyutu.....	24
4. BULGULAR	27
4.1 Katılımcıları Tanıtıcı Bulgular	27
4.2 Ölçek Geçerlik-Güvenirliğine İlişkin Bulgular	29
4.2.1 Geçerlik Analizlerine İlişkin Bulgular.....	29
4.2.2.Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulgular	42
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	51
6.1 SONUÇ.....	51
6.2 ÖNERİLER.....	52
7. KAYNAKLAR.....	53
8. EKLER.....	58

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

Şekil 3.1. Post-Hoc Power Analizi Sonuçları	19
Şekil 3.2. Çalışmanın Akış Şeması	26
Şekil 4.1. Palyatif Bakım Hemşireliği Öz Yeterlilik Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) (standardize edilmiş)	31
Şekil 4.2. Palyatif Bakım Hemşireliği Öz Yeterlilik Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) (standardize edilmiş)	32



TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 3.1. Verilerin Değerlendirilmesi İçin Uygulanan İstatistiksel Analizler	25
Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri Tablosu	28
Tablo 4.2. Kapsam Geçerlik Oranları.....	29
Tablo 4.3. Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular	30
Tablo 4.4. Doğrulayıcı Faktör Analizi Faktör Yükleri (Birinci Düzey).....	33
Tablo 4.5. Palyatif Bakım Hemşirelerinde Özyeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi Ölçeği İlişkin Madde Analizi	36
Tablo 4.6. Ortalama Açıklanan Varyans (AVE) ve Bileşik Güvenirlilik (CR) (n=261)	40
Tablo 4.7. Tepki yanlılığı	41
Tablo 4.8. Palyatif Bakım Hemşirelerinde Özyeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi Ölçeği Maddelerinin Tanımlayıcı İstatistikleri	42
Tablo 4.9. Palyatif Bakım Hemşirelerinde Öz Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi Ölçeği Güvenirlilik Analizi	43
Tablo 4.10. Ölçüm Araçlarına İlişkin Güvenirlilik Analizi.....	45
Tablo 4.11. Yarıya Bölme Metodu (n=261).....	45
Tablo 4.12. Ölçüm Araçlarına İlişkin Güvenirlilik Analizi.....	46

KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ

AVE	: Ortalama Açıklanan Varyans
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICN	: International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Konseyi)
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
PCNSC	: Palliative Care Nursing Self-Competence Scale
SEP	: Self-Efficacy Instrument for PC (Palyatif Bakım İçin Öz Yeterlik Aracı)
SPSS	: SPSS (Statistical Package for Social Sciences)
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TDK	: Türk Dil Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
WPCA	: Worldwide Palliative Care Alliance (Dünya Palyatif Bakım Birliği)

TEŐEKKÖR

Akademik eğitimim boyunca bana her konuda sınırsız destek sağlayan, bilgilerini, deneyimlerini ve zamanını paylaşarak bilimsel gelişimime büyük katkıda bulunan, özverili, sabırlı ve hoşgörölü yaklaşımıyla bana rehberlik eden değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Arzu Akman Yılmaz'a

Yüksek Lisans yapmamı destekleyen palyatif bakım servisi çalışma arkadaşlarıma,

Veri toplama sürecinde çalışmama katkı sağlayan palyatif bakım, yoğun bakım ve onkoloji hemşirelerine,

Yüksek Lisans sürecinde beni hep motive eden Semra Aktaş'a,

Fikir alışverişi ve destekleri ile motive eden Nur Hemşire'ye,

Bugünlere gelmemde bana her zaman destek olan sevgili Ablam Güler'e ve değerli aileme,

Yüksek Lisansın başından itibaren her an yanımda olan ve desteğini asla esirgemeyen, yapabileceğime inanan biricik Eşim Emre Doğanay'a en içten duygularıyla teşekkür ederim.

AYŞE DOĞANAY

1. GİRİŞ

1.1 Problem Tanımı ve Önemi

Dünya nüfusu artmaya devam ederken toplumların nüfus yapısında da önemli değişiklikler olmaktadır. Bu demografik dönüşümle birlikte doğum oranlarında azalma, ortalama yaşam süresinde ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranında artış meydana gelmektedir (1). Yaşlı popülasyonunun nüfus içindeki oranının %10'u geçmesi nüfusun yaşlandığını göstermektedir. Birleşmiş Milletler 2023 yılında dünyadaki yaşlı nüfusun 807 milyon 790 bin 294 kişi olacağını ifade etmiştir. Bu tahmin dünya nüfusunun %10'unu yaşlı nüfusun oluşturduğunu göstermektedir (2). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2023 yılında Türkiye'de 26 milyon 309 bin 332 hanenin %24,5'inde 65 ve daha üstü yaşta en az bir birey bulunduğunu bildirmektedir (3).

Yaşlı birey sayısının artması yaşla birlikte artış gösteren kronik sağlık sorunlarının da artmasına yol açmıştır (4). Dünya genelinde kronik hastalıklar sakatlıklara ve ölümlere sebebiyet vermekte olan hastalıklar arasında ilk sırada yer aldığından önemli sağlık problemleri olarak kabul edilmektedir. Dünyadaki ölümlerin %71'i yani, 57 milyon ölümün 41 milyonu kronik hastalık kaynaklıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2018 yılı kronik hastalık verilerine göre Türkiye'de sık görülen kronik hastalık sıralamasında %34 ile kardiyovasküler hastalıklar ilk sırayı, %23 ile kanserler ikinci sırayı ve %21 ile diğer kronik hastalıklar üçüncü sırayı oluşturmaktadır (4).

Kronik hastalıklar uzun süreli tedavi ve semptom yönetimini gerektiren, tekrarlı ve uzun dönem hastane yatışlarına neden olan, fizyolojik işlevlerde yavaş, ilerleyici ve geri dönüşümsüz değişikliklere yol açan, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren durumlardır (5, 6). Bu uzun soluklu ve karmaşık deneyim bireyi gerek fiziksel gerekse psikolojik destek gereksinimleri açısından profesyonel sağlık bakımına bağımlı kılmaktadır. Yaşlı popülasyon ile birlikte kronik hastalıklar ve bakım gereksinimlerindeki bu artış palyatif bakıma olan ihtiyacı gündeme getirmektedir (7). Dünya genelinde her yıl, 31,1 milyonu yaşam sonu öncesinde ve 25,7 milyonu yaşam sonuna yakın olmak üzere 56,8 milyonu aşkın kişinin palyatif bakıma ihtiyaç duyduğu tahmin edilmektedir. Bu bireylerin çoğunluğu 50 yaş üstü

(%67, 1) yetişkinlerden oluşmaktadır. Ciddi hastalıklar ve sağlıkla ilgili sorunların yükü çok fazla olduğundan dolayı palyatif bakıma duyulan ihtiyaç çok fazladır. Ancak, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde palyatif bakıma ihtiyaç duyan çoğu insan hala bu hizmetlere erişememektedir. Kronik hastalıklar, yetişkin palyatif bakım ihtiyacının neredeyse %69'unu oluşturmaktadır. Yetişkin bireylerde, palyatif bakım uygulamaları gerektiren hastalıklar; kanser, HIV/AIDS, serebrovasküler, demans ve akciğer hastalıklarıdır. Afrika'da palyatif bakıma ihtiyaç duyan yetişkinlerin büyük bir kısmı kötü huylu olmayan başka bir hastalığa sahiptir. Afrika Bölgesi'nde yaygın olan hastalıklar HIV/AIDS'tir. Kanser nedeniyle palyatif bakıma ihtiyaç duyan yetişkinlerin oranı tüm bölgeler için oldukça yüksektir. Bu oran Afrika Bölgesi'nde %6,1'den Avrupa Bölgesi'nde %41,3'e ve Amerika Bölgesi'nde %40,8'e kadar değişmektedir (17).

Tüm dünyada çeşitli oranlarda ihtiyaç duyulan palyatif bakım; bireyin kültürel değerlerine, inançlarına ve uygulamalarına duyarlı olarak yaşamı sürdürmeyi, sahip olunan işlevsel kapasite çerçevesinde iyileştirebilmeyi, semptom yönetimi ile konforu yükseltmeyi ve böylece bireyin yaşam kalitesini arttırmayı hedeflemektedir (5,6,8,9). Palyatif bakım hastanelerde etkin bir multidisipliner ekiple, interdisipliner bir anlayışla gerçekleştirilmektedir. Bu ekipte doktor, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, uğraşı terapistleri, manevi destek uzmanı gibi birçok uzman ile birlikte gönüllüler ve hasta yakınları da yer almaktadır (8). Palyatif bakımda hastaların temel fiziksel ve psikososyal ihtiyaçlarını karşılayan hemşireler multidisipliner ekibin önemli bir üyesidirler. Palyatif bakım hemşiresinin temel amacı hasta ve yakınlarının deneyimledikleri semptomların kontrol altına alınması, ihtiyaçlarının karşılanması, ölüm anında ve sonrasında ailenin desteklenmesi ve böylece hasta ve ailenin yaşam kalitesinin artırılmasına yardımcı olmaktır. Bu süreçte hemşire eğitim, tedavi, koordinasyon, bakım ve liderlik gibi önemli rol ve sorumluluklarını yerine getirir. Hemşire rol ve sorumluluklarını gerçekleştirirken hastanın ve ailesinin bireyselliğine dikkat etmelidir. Her bireyin ve ailenin farklı fiziksel, psikososyal ve manevi ihtiyaçları vardır (8, 10). Hemşire, bakım sürecinde hastanın ailesi ve çevresiyle olumlu ve güçlü ilişkiler kurabilmesine destek olmalıdır. Hastanın umudunu kaybetmesine izin vermemelidir (11). Hemşirenin bunları yapabilmesi için gerekli teorik bilgiye ve klinik beceriye sahip olması gerekir. Hemşirenin

mesleğini etkin şekilde yapabilmesi için gerekli olan bu bilgi ve becerilere ilişkin asgari standartlar yeterlilik olarak tanımlanmaktadır (12).

Bandura (1986) ise bireyin bir işi veya görevi başarılı bir şekilde yerine getirmesi için sahip olunması gereken özelliklerin kendinde bulunduğu dair inancını açıklayan bir kavram olarak 'öz yeterlik' kavramını ileri sürmüştür (13). Başka bir deyişle, kişinin belirli bir davranışı belirlenen düzeyde gerçekleştirme yeteneğine ilişkin algısını ifade eder. Öz yeterlik, temelde yatan yeteneklerden kısmen bağımsız olarak işleyen bir performansın belirleyicisi olarak da tanımlanabilir (14).

Palyatif bakım hemşireliği alanında, daha yüksek düzeyde öz yeterliğe sahip hemşireler, hastalara bakım verirken daha yüksek performans gösterebilirler. Bu nedenle hemşirelerin öz yeterlik düzeyi belirlenmeli ve geliştirilmesi sağlanmalıdır. Ancak Türkiye'de bu amaçla kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı bulunmamaktadır.

Yapılan literatür incelemesinde Kanada'da Jean-François Desbiens ve Lise Fillion tarafından 2011 yılında geliştirilen İngilizce Palliative Care Nursing Self-Competence Scale (Palyatif Bakım Hemşireliği Öz Yeterlik Ölçeği) ölçme aracının palyatif bakım hemşireliği alanında hemşirelerin sahip olması gereken yeterlilikleri kapsamlı bir şekilde içerdiği, yetişkin bireylerle çalışan palyatif bakım hemşirelerine yönelik olduğu, farklı dillere çevrilerek yaygın olarak kullanıldığı ve güvenilirlik katsayılarının yüksek olduğu görülmüştür (14).

Palliative Care Nursing Self-Competence Scale (Palyatif Bakım Hemşireliği Öz Yeterlik Ölçeği) çeşitli sağlık bakım ortamlarında ve toplumda, yaşamı sınırlayan bir hastalık yaşayan veya yaşamın sonunda olan yetişkin hastalara ve ailelerine bakım veren hemşireler arasında algılanan öz yeterlilik kavramını ölçmeyi amaçlamaktadır. Bu çalışmada Palyatif Bakım Hemşireliği Öz Yeterlik Ölçeği (Palliative Care Nursing Self-Competence Scale-PCNSC)'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Palyatif Bakım Hemşireliği Öz Yeterlik Ölçeği (Palliative Care Nursing Self-Competence Scale-PCNSC)'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmaktır.

1.3 Araştırma Sorusu

Araştırmada aşağıdaki soruya yanıt aranmıştır.

- Palyatif bakım alanlarında çalışan hemşirelerin öz yeterliliklerini değerlendirmede kullanılacak Türkçe Palyatif Bakım Hemşireliği z Yeterlik leği geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1 Palyatif Bakımın Tanımı

Palyatif kelimesi Latince *pallium* (pelerin) sözcüğünden köken almış olup *palliare* “gizlemek, örtmek” anlamına gelmektedir. Türk Dil Kurumu (TDK) ise, palyatif kelimesini “ağrı ve sızıları geçici olarak hafifleten ve dindiren” şeklinde tanımlamıştır (15). Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakım kavramını, 1986 yılında ilk kez gündeme getirmiş ve “tedavi edici yaklaşımların tükendiği, son dönem hastalara verilen bir sağlık hizmeti” olarak tanımlamıştır (6). Daha sonra 2003 yılında Dünya Palyatif Bakım Birliği (World Palliative Care Alianz, WPCA) kurulmuş ve palyatif bakım bu birlik tarafından yeniden tanımlanmıştır. Buna göre palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklarla mücadele eden yetişkinler, çocuklar ve ailelerinin yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen bir yaklaşımdır. Bu bakım modeli, ağrı ve diğer fiziksel, psikososyal ve ruhsal sorunları erken tanılama, doğru değerlendirme ve tedavi ile önlemeyi ve hafifletmeyi amaçlar (6, 17). Sekse (2017) palyatif bakımın Modern Darülaceze felsefesine dayandığını, ağır ve ölmekte olan hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini iyileştirmek için bu bireylerin bakımına yönelik yönergeler sağladığını ifade etmektedir (16).

2.2 Palyatif Bakımın Amacı

Palyatif bakım kendine özgü tedavi yöntemleri olan, yaşamı kısıtlayan ve tehdit eden hastalıkların ortaya çıkarmış olduğu istenmeyen faktörleri ortadan kaldırmayı; hasta ve aileleri açısından biyolojik, psikososyal ve ekonomik bir sorunu en aza indirgeyerek onlar için önemli olan kültürel değer ve inançlarına saygı duyarak, hastalık kaynaklı oluşan sorunlara yönelik palyatif bakım alma sürecinde ve sonrasında bireylerin yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlar (18,19). DSÖ’ye göre destekleyici palyatif bakımın temel bileşenlerine bakıldığında;

- Ağrı ve çeşitli faktörlere bağlı rahatsızlık veren komplikasyonların giderilmesini sağlamak,
- Yaşamı onaylama ve ölümün gerçekliğinin normal bir süreç olduğunu kabul etmek,
- Ölümü olağan seyrinde tutabilmek,
- Ölüm sürecine kadar hastanın olabildiğince günlük yaşam aktivitelerini desteklemek ve yaşamını sürdürmeye yardımcı olmak,

- Hasta bakımı ile kültürel değer ve inançları bütünleştirebilmek,
- Hastalık sürecinde ve ölüm sonrasında hastanın ailesine spiritüel destek sağlayarak bireysel baş etme yöntemleri ile destek sağlamak,
- Hastalığın seyri süresince olumlu yönler odaklanarak, yaşam kalitesini artırmayı amaçlamak,
- Hastalık süresi içinde gerekli görülen tedavilere (ör: kemoterapi, radyoterapi gibi) erken dönemde başlamak,
- Hastalığın seyrini bozan olumsuz komplikasyonları önleyebilmek ve daha iyi tedavi edebilmek amacı ile gerekli araştırmaları yapmak (20, 21).

Palyatif bakım, hastanın yaşam kalitesini arttırmaya odaklanmaktadır. Tanı ve prognoza bağlı kalmadan hastanın gereksinimlerine yönelik tedavi ve bakım verilmelidir.

2.3 Palyatif Bakım Modelleri

Palyatif bakım için dünya genelinde ülkelerin ihtiyaçları doğrultusunda farklı hizmetler bulunmaktadır. Bu hizmetler genellikle sağlık sisteminin yapısal ve kültürel özelliklerine, kaynaklara ve hastaların ihtiyaçlarına göre şekillenmektedir. Hui ve ark. (2015) tarafından kanser hastaları için mevcut palyatif bakım kuramsal ve klinik model olmak üzere iki alt başlık altında toplanmıştır.

1.Kuramsal Model: Palyatif bakımın teorik temellerini ve bu bakımın nasıl organize edilip uygulandığını açıklayan modellerdir. Bu modeller zaman temelli, bakım sağlayıcılar temelli, sorun temelli ve sistem temelli olmak üzere dörde ayrılmaktadır.

Zaman Temelli Model: Hastanın yaşamının son dönemlerinde sağlanacak bakımın zaman içinde nasıl planlanacağına ve uygulanacağına odaklanır. Bu model, hastanın bakımının zamanla değişen ihtiyaçlarını ve tercihlerini dikkate alır ve tedavi planını buna göre günceller. Aynı zamanda, hastanın ve ailesinin bu süreç boyunca desteklenmesini sağlar. Hastanın tanısının belirlenmesinden itibaren ihtiyaçlarına göre tedavi ve bakım planları belirlenir. Hastanın durumu değişme gösterdiğinde hasta tekrar değerlendirilmelidir. Değerlendirmeler sonucunda hastanın ihtiyaçları belirlendiğinde bu sürece uyum daha da kolaylaşabilmektedir. Zaman temelli modelin amacı hastanın yaşamının son dönemlerindeki farklı aşamalarda farklı bakım gereksinimlerini dikkate alarak semptom yönetimi,

psikososyal destek ve aile danışmanlığı gibi hizmetlerin zaman içinde nasıl değişeceğini planlamaktır.

Bakım Sağlayıcılar Temelli Model: Palyatif Bakım Global Atlasına göre palyatif bakım uygulamaları birinci, ikinci ve üçüncü basamak bakım seviyelerini kapsamaktadır. Bunlar;

1. **Palyatif Bakım Yaklaşımı:** Tüm sağlık profesyonellerine gerekli eğitimler verildikten sonra sağlanan bakımdır.
2. **Genel Palyatif Bakım:** Temel palyatif bakım, birinci basamak sağlık çalışanları tarafından sağlanan, yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip bireylere sunulan tedavi ve bakım hizmetidir.
3. **Uzman Palyatif Bakım:** Kompleks problemleri olan hastalara uzman bir sağlık ekibi tarafından sunulmaktadır. Palyatif bakım almak isteyen bireylerin bakım hizmetleri herhangi bir şekilde sınırlanmamalıdır. Hasta bireyler bakımlarını hastanede, bir bakım kuruluşunda, evinde ya da ayaktan alabilir (17).

Sorun Temelli Modeller: Bu model bireysel, toplama ve entegre model olmak üzere üçe ayrılmaktadır. *Bireysel Model*; hastanın içinde bulunduğu süreçte primer doktor ve hemşiresi ile yaşam sonuna kadar yürüttüğü süreç olarak tanımlanabilir. *Toplama Model*; hastanın doktorunun sadece primer tedavisine odaklandığı ancak, hastalık semptomları oluştuğunda var olan problemlere yönelik diğer branş doktorlarından konsültasyon isteyerek hastanın problemlerine çözüm sağlamayı amaçladığı bir yaklaşımdır. Ayrıca hastaların ve ailelerinin palyatif bakım hizmetlerine erişimini artırmak ve diğer sağlık profesyonellerine palyatif bakım alanında destek sağlamak için önemli bir modeldir. *Entegre Model* ise hastanın tanı almasından itibaren primer ekibin yanı sıra palyatif bakım ekibinde bu sürece dahil olduğu hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarına odaklanan bir bakım modelidir.

Sistem Temelli Model: Palyatif bakım hizmetlerinin hastanede hizmet sunumuna nasıl entegre edildiğine yönelik bir modeldir. Hastanın hastane içerisinde palyatif bakım ihtiyacının olduğu durumda primer doktorunun hastayı palyatif bakım ekibine yönlendirmesi ya da hiç yönlendirmenin olmadığı sistemler bulunmaktadır. Otomatik yönlendirme sistemlerinde palyatif bakım kriterlerine

sahip hastaların sistem üzerinden belirli kriterleri sağlaması durumunda sistem üzerinden otomatik olarak palyatif bakım ekibine yönlendirilmekte olduğu bakımı kapsayan modeldir.

2. Klinik Model: Bu model ise topluma dayalı (ev ya da hospisler) ve hastane ortamlarında sağlanmaktadır. *Hastane tabanlı model*; palyatif bakım hizmetlerinin bir hastanenin içinde veya bağlı birimlerinde sunulduğu bir yaklaşımdır. Hastane tabanlı palyatif bakım, hastaların yoğun bakım üniteleri, onkoloji servisleri veya genel hizmetler gibi farklı birimlerinde verilebilir. Bu model, özellikle hastaneye yatan hastaların semptom yönetimi, ağrı kontrolü ve psikososyal destek gibi ihtiyaçlarını karşılamak için etkilidir. *Ev tabanlı model* ise; hastaların evlerinde veya ev benzeri ortamlarda palyatif bakım hizmetlerinin sağlandığı bir yaklaşımdır. Bu model, hastaların rahat ve huzurlu bir ortamda kalmalarını ve aileleriyle birlikte olmalarını sağlamak için tasarlanmıştır. Ev tabanlı palyatif bakım, hastaların yaşam kalitesini artırmaya ve hastaneye yatışları azaltmaya yardım eder (22, 23).

2.4 Dünyada Palyatif Bakım

Dünya’da bir çok ülkede palyatif bakım merkezleri bulunmaktadır. Fransa’nın Lyon şehrinde 1842’de, Jeanne Garnier tarafından kurulan ilk palyatif bakım ünitesi, ölmekte olan bireylere destek sağlamak amacıyla "hospis" terimiyle adlandırılarak faaliyete geçmiştir. 1879’da Dublin’de terminal dönemde olan bireyler için bir hospis, 1893’te hastalığın son döneminde olan yoksul bireyler için “St. Luke’s Home” kurulmuştur.

İlk modern hospis hizmetini ağır hastalığı olan ve terminal dönemdeki hastalar için 1967 yılında sosyal hizmet uzmanı ve hemşire Cicely Saunders, St. Christopher’s Hospis adıyla Londra’da vermeye başlamıştır. Böylece St. Christopher’s Hospice ile palyatif bakımın temelleri atılmıştır. İlk palyatif bakım kliniği 1975 yılında Kanada Montreal’de bulunan Royal Victoria Hastanesi’nde hizmet vermeye başlamıştır (9,24). Modern palyatif bakım yaklaşımının 1900’lerin son yarısında daha iyi anlaşılma, geliştirilmeye ve uygulanmaya başladığı söylenebilir (23).

Literatür çalışmaları incelendiğinde Dünya’da 56 milyon bireyin palyatif bakıma gereksinimi olduğu ve bu ihtiyacın giderek artması beklenmektedir. DSÖ

tarafından 2019 yılında yapılan bir çalışmada ülkelerin %68'inde palyatif bakımın ekonomik yönden desteklendiği ifade edilmektedir. Ülkelerin gelişmişlik durumu sağlık hizmetlerini etkilemektedir. Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerine ulaşım daha kolayken gelişmemiş ülkelerde bu durum daha zordur. DSÖ palyatif bakımı her basamakta tüm insanların erişebileceği etik bir zorunluluk olarak görmektedir (26).

2.5 Türkiye’de Palyatif Bakım

Türkiyede palyatif bakım tarihine bakıldığında ilk hospis mantığı ile kurulmuş olan kurumun 1896’da yaşlı ve yoksullara yönelik hizmet sunan Darülacezelerin olduğu görülmektedir. Türk Onkoloji Vakfı’nın 1993-1997 yıllarında kurduğu “Kanser Bakımevi” ilk modern bakımevi olarak hizmet vermiştir. Ancak sosyal güvenlik sistemleri tarafından gerekli ödemelerin yapılamaması, yeterli miktarda bağış sağlanamaması ve palyatif bakım yaklaşımının tam olarak kavranamaması gibi nedenlerle kapatılmıştır. Kanser hastalarına bakım vermek amacı ile 2006 yılında “Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı” ilk hospis bakımı için Ankara’daki bir tarihi evi 12 odalı hospis bakım merkezine dönüştürmüştür (27). Ankara Onkoloji Hastanesi’nde 2007’de kurulan Ağrı ve Palyatif Bakım Kliniği onkoloji hastalarının ağrıya yönelik tedavi ve bakım hizmetini sağlamıştır ve bu hizmet halen devam etmektedir.

Ülkemizde ilk kez 2010 yılında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde iki yatakla hastane temelli bir palyatif bakım hizmeti başlatılmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı yetişkin hastalar için kapsamlı bir palyatif bakım merkezini ilk olarak Ankara Ulus Devlet Hastanesi’nde açmıştır. Bu merkezde 11 özel oda bulunmakta olup günümüz, multidisipliner ekip anlayışı ile hastanede uzun süre kalan yoğun bakım hastalarının da palyatif bakım sürecini sağlamıştır. Hastane kapandıktan sonra bu hizmet Ankara Pirsaklar Devlet Hastanesinde devam etmiştir (28).

Yapılan araştırmalar incelendiğinde ülkemizde palyatif bakımın uzun yıllar göz ardı edildiği görülmektedir. Bunun nedenleri morfin ve morfin türevlerine ulaşımın zor olması, hasta ve hekimlerin çok aşına olmadığı bir konu olması, Türk aile yapısı gereği kanserli hastaların tüm ihtiyaçlarını ailelerin kendilerinin karşılama isteği ve palyatif bakım sağlayacak uzmanların yeterli olmaması olarak sıralanabilmektedir (29,30). Bu çerçevede 2008’de Sağlık Bakanlığı Kanserle

Savaş Dairesi Başkanlığı Ulusal Kanser Kontrol Programı kapsamında ele alınan “Palyatif Bakım Programı Eylem Planı” çeşitli profesyonellerin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Bu plan, Ülkemizin mevcut kanser verileri ve insan kaynaklarını temel alarak, önceliklerimize uygun bir palyatif bakım modeli oluşturarak, en az üç pilot palyatif bakım merkezinin kurulmasını, palyatif bakım konusunda eğitilmiş ve deneyimli ekiplerin oluşturulmasını ve opioidlerin erişilebilirliğini ve kullanılabilirliğini artırmayı hedeflemektedir (31). Bu hedeflere ulaşmak için Palya-Türk projesi hazırlanmış olup palyatif bakım Ulusal Kanser Kontrol Programı’nın en önemli hedeflerinden biri olmuştur. Palya-Türk Projesi, sivil toplum örgütlerinin katıldığı ve hemşirelik bakımının ön planda olduğu ülkemizin sosyo-kültürel yapısına en uygun sistem olarak ifade edilmiştir (31).

Sağlık Bakanlığı Palyatif Bakım Projesi: Palya-Türk

Palya-Türk Projesi aile hekimleri, evde bakım ekipleri ile Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (Ketem) personeli üzerine kurgulanmıştır. Palya-Türk projesinin amaçları ülkemizde hastaların morfine ulaşımını kolaylaştıran mevzuat çalışmalarının yapılmasını, hekimlerin morfin kullanımı ile baş etmeleri için 6 yıllık tıp eğitiminde palyatif bakım, ağrı ve morfin kullanımı konularının müfredata eklenmesini, ana bilim dalları kurularak palyatif bakım konusunda uzmanlık eğitiminin verilmesini ve yeni merkezlerin açılması ile herkese eşit şekilde hizmet verilmesini sağlamaktır (32). Palyatif bakım hizmetleri için 2014 yılında bir yönerge oluşturulmuş ve bu yönerge ile palyatif bakım merkezlerinde tedaviler sosyal güvenlik kapsamına alınmış, personel özellikleri tanımlanmış, merkezlerin fiziki koşulları ve özellikleri belirlenmiş, sorumlu doktorun görev, yetki ve sorumlulukları dahil birçok konuya bu yönerge ile netlik kazandırılmıştır. Palyatif bakımın 10 yıllık hedeflerinden çoğu ilk beş yılda gerçekleştirilmiştir. Palyatif bakım üzerine eğitim ve bakım prensipleri belirlenmiş, multidisipliner ve interdisipliner palyatif bakım ekibinin organize edilmesi, opioid ilaçlara ulaşılabilirliğin kolaylaştırılması, hastanın ve çalışanların haklarının tanımlanması, yataklı sağlık kurumları dışında bakım ortamlarının (hospis gibi) oluşturulması, hastaların ve hasta yakınlarının eğitime yönelik çalışmalar sağlanmıştır (29, 33). Ülkemizde 2023 yılı itibarıyla Sağlık Bakanlığı bünyesinde 437 Palyatif Bakım Merkezi’nde 6.397 yatak sayısı ile toplam 90.648 hastaya hizmet verilmektedir (34).

2.6 Palyatif Bakım Hemşireliği

Florence Nightingale, 1860'da hemşireliği, "hastalığı iyileştirmek için hasta çevresini düzenleme ve iyileştirme eylemi" olarak tanımlamıştır. Doktor L.F. Simpson ise 1914'te "Hemşirelik bir sanattır ve hemşireler ise sanatkardır." diyerek mesleki açıdan yeterli bilgi, beceri ve tecrübeye sahip olmasının hemşireliğin sanat yönünü ifade ettiğini belirtmiştir (34). Virginia Henderson, "Hemşirenin asıl ve öncelikli görevi bireye, sağlığa ve topluma katkıda bulunan eylemlerin yerine getirilmesini sağlamak ve yaşamın son anında en iyi ölüme yardım etmektir." diyerek 1955'te ilk palyatif yaklaşımlı hemşirelik tanımını yapmıştır. Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) Henderson'ın bu tanımını benimsemiştir (36). Palyatif bakım hastanın tıbbi tanısının belirlenmesinden itibaren başlayıp, hastanın tedavi süreci ile devam eden ve ailenin yas sürecinin desteklemesine kadar giden uzun bir süreçtir. Bu süreçte hastalar ev, hastane, huzurevi vb. nerede bulunursa bulunsunlar bakım alma hakkına sahiptirler. Bu bakım hasta ve aileleri için ortak hedeflere sahip doktor, hemşire, fizyoterapist, psikolog, manevi danışman ve diğer sağlık personelleri gibi profesyonel bir sağlık ekibi tarafından sağlanmalıdır. Palyatif bakım hemşiresi hasta ve ailesine bakım sağlarken onların kendine özgü ve biricik olduğunu unutmamalıdır. Her hastanın bireysel ihtiyaçları farklı olabilmektedir. Hemşire hastanın bu ihtiyaçlarına yönelik hemşirelik bakım planı oluşturmalı, uygulamalı ve sonrasında değerlendirmelidir. Hasta ve aileleri hastalık sürecinden kaynaklı farklı duygusal tepki verebilmektedirler, bu yüzden duygusal tepkilerine ve mahremiyetlerine saygı duyulması gerekmektedir. Hasta ve ailesiyle iletişim de çok önemlidir. İyi bir iletişim sağlandığında hasta ve hasta yakınları hastalık sürecinde kendilerini daha güvende hissedeceklerdir. Hemşire hastanın ve hasta yakınlarının aile içi süreçlerinde güçlü ilişkilerini desteklemelidir. Bu ilişkiler hastanın kendisini daha iyi hissetmesine ve umudunu kaybetmemesine destek olacaktır. Hemşire hastanın kültürel, dini, değer ve inançlarının farkında olmalı ve ona saygı duymalıdır. Palyatif bakımda hemşirenin rol ve sorumlulukları aşağıda sıralanmıştır;

1. Etkili ağrı yönetimi ve semptom kontrolünü sağlamaya yönelik tedavileri güvenli bir şekilde uygulayarak hastanın yaşam kalitesini artırmayı sağlamak,
2. Hastanın ve ailesinin tedavi yönetimine aktif olarak katılımını sağlamak,

3. Hastanın kültürel yapısını göz önünde bulundurarak ona yönelik bakım planı hazırlamak, uygulamak ve değerlendirmek,
4. Hastanın bireyselliğini koruyarak öz-bakım ihtiyaçlarını sağlamasına yardım etmek,
5. Hastanın ve ailesinin hastalığa ve tedaviye bağlı gelişebilecek yan etkilerin farkında olmasını sağlamak ve bunlar ile baş etmesine destek olmak,
6. Hasta ve ailesinin bilgi eksikliğinin olduğu konuları tespit edip ona yönelik eğitim materyalleri hazırlamak ve eğitim vermek,
7. Hastanın tedavi sürecine ilişkin kayıtları oluşturmak,
8. Hastanın yalnız ve izole bir şekilde ölmesine engel olarak, rahat ve huzurlu bir şekilde ölümünü sağlamak,
9. Hastanın isteklerine, inançlarına ve tercihlerine saygı duymak, psikososyal ve manevi ihtiyaçlarını belirlemek,
10. Yas sürecinde aileye destek olmak ve yanında olmak,
11. Tedavi ve bakım ile ilgili süreçler hakkında erken dönemde, açık, anlaşılır ve doğru bilgi vermek,
12. Ailenin duygusal ve fiziksel anlamda güçlenmesi sağlamak,
13. Affetme gibi bitirilmemiş işlerle başa çıkmada yardımcı olarak neler yapması gerektiği konusunda yol göstermek,
14. Ölmekte olan yakınları ile iletişim ve bakım gereksinimleri konusunda aile üyelerine destek sağlamak,
15. Alınması gereken kararların içselleştirilmesini ve ölüm sürecini anlamalarına yardımcı olmak,
16. Rahatlık sağlamaya yönelik yaşamı uzatan girişimleri ve ölmekte olan bireyin konforunu arttırmada aile üyelerinin rolünü anlamada destek olmak (37).

Palyatif bakım hemşireleri, iletişim becerilerini kullanarak hasta ve ailesi ile iş birliği yaparak, ailelerin gereksinimlerini belirleyerek kendi öz yeterlilikleri dâhilinde hasta ve ailesine destek olarak rol ve sorumluluklarını yerine getirmektedir. Palyatif bakım hemşirelerinin bütün hemşirelik uygulamalarında ortak amaçları hasta ve ailesinin, hastalık ve ölüm süreci ile baş ederek bu deneyimlerinden anlam bulmalarına yardımcı olmaktır (37).

2.7 Öz Yeterlilik Tanımı

Öz yeterlik, 1977 yılında Bandura'nın Sosyal Öğrenme Kuramı'nın temel kavramlarından biridir. Bandura öz yeterlik ile kişilerin herhangi bir konuda sahip oldukları yetenekleri etkili bir şekilde gösterebilmeleri için sergiledikleri davranışları tanımlamıştır. Bandura'nın teorisinde bilişsel bir faktör olarak özyeterlik, kişinin belirli bir bağlamda belirli bir görevi yerine getirebileceğine olan inancını ifade etmektedir (38, 39). Öz yeterlik inancı kişilerin duygularını, davranışlarını ve davranış değişikliklerinin belirlenmesinde ana faktördür. Öz yeterlilik algısının da davranışı kabul etme, davranışa başlama ve devam etmede çok önemli bir yeri vardır. Karşılıklı belirleyicilik ilkesine göre, bireylerin kişisel özellikleri, çevreleriyle etkileşim halinde olarak birbirlerini etkiler ve bu etkileşim sonucunda gelecekteki davranışları üzerinde etkili olur (13, 40). Öz yeterlik bireyin karşılaştığı olaylar karşısında göstermiş olduğu davranışlar ile olayın üstesinden gelip gelemeyeceği konusunda kendisine duyduğu inançtır. Öz yeterlik bir sorunu çözebilme, bir sorumluluğu yerine getirebilme, bunları yaparken planlama yapabilme ve icra etme kabiliyetine olan güven olarak da ifade edilmektedir. Öz yeterlik inancı yüksek olan kişiler, daha çok zihinsel kaynaklara yönelme, daha fazla uyum sağlama, değişikliklere kolay adapte olma ve davranışlarını değiştirme yeteneğine sahip olarak çevrelerini yönetme konusunda daha etkilidirler (42). Yapılan araştırmalar incelendiğinde davranışlarını değiştirme yeteneği yüksek olan kişilerin öz yeterliliklerinin de yüksek olduğu ifade edilmektedir (40, 42). Düşük öz yeterlik inancına sahip bireyler, zorluklarla karşılaştıklarında daha çabuk pes edebilir ve kolayca ikna olabilirler (44).

2.7.1 Öz Yeterlik Kaynakları

Öz yeterlilik inancı bireyin dünyaya gelmesinden itibaren başlayarak, yaşam süresince gelişmeye devam eder ve kişinin kendini tanımasında büyük role sahiptir. Bireylerin öz yeterlik inançları hakkında bilgi toplayabilmek için; başarılı performanslar/deneyimler, dolaylı öğrenme, sözel ikna ve duygusal çevre gibi kaynaklar kullanılarak bilgi toplanabilir (13, 41, 42).

Başarılı Performanslar/Deneyimler: Bireylerin öz yeterliliğinin gelişimini ifade eden en etkili kaynaktır. Çünkü birey yaşamında bir çok deneyim yaşayarak bunlar sonucunda gerçekleşen olay veya durumlarda olumlu ya da olumsuz sonuçlar doğrultusunda kendi öz yeterliklerini daha iyi tanımlayabilirler. Bireylerin

yaşamış olduğu olumlu deneyimler onların öz yeterlik inançlarını artırırken olumsuz deneyimler ise öz yeterlik inançlarının azalmasına neden olmaktadır. Yani birey olumlu davranış gerçekleştirdiğinde bunu bir sonraki davranışla desteklemek isteyecektir. Olumsuz davranış ile karşılaştığında ise bu davranışı tekrar yapmak istemeyecektir (13, 42, 45).

Dolaylı Öğrenme: Dolaylı öğrenme, kişinin kendi deneyimleri yerine başkalarını gözlemleyerek oluşan öğrenme şeklidir. Bu bireyler başkalarının deneyimlerinden yola çıkarak kendisi başarılı olmuş şekilde öz yeterlilik inancı geliştirirler. Öz yeterlik inancı eksik olan kişiler eğer bir konu hakkında deneyimleri yoksa veya çok az ise bu konuda deneyimli olan kişilerin bilgilerinden daha çok etkilenirler. Eğer kişi deneyim gözlemlediği kişi ile benzer özellikler taşıyorsa bu kişilerden daha çok etkilenmektedirler. Ayrıca bireyler yüksek, devamlı ve tutarlı çaba gösteren örnek aldığı modellerin başarısızlığı ile karşılaştığında o davranışlara yönelik güdülenme olumsuz etkilenip ve öz yeterlilik inancı düşük düzeyde olmaktadır. Benzer şekilde, bireylerin sürekli ve kararlı çaba gösteren rol modellerin başarısızlığını deneyimlemesi, motivasyonlarını olumsuz etkileyebilir ve sonuç olarak öz yeterlik inançları düşük seviyelere düşebilir (44, 45, 46).

Sözel İkna: Öz yeterlilik kaynaklarından üçüncüsü sözel iknadır. Sözel iknada, kişiler becerileri hakkında çevredeki insanların neler söylediği, nasıl tepki verdiği ve bunlar doğrultusunda başarılı ya da başarısız olacağına dair gösterilen davranışlar bireylerin öz yeterlilik inancının gelişimine etki eder. Dışarıdan gelen değerlendirmeler bireylerin üzerinde herhangi bir şeyi yapma konusundaki çabasını olumlu etkileyebilirken kişinin bir işi yapma konusundaki öz yeterlik inancını etkilemediği düşünülmektedir. Öz yeterlilikte gerçekçi olmayan söylemler kişilerin çabalarının başarısızlıkla sonuçlanmasına, hayal kırıklığına uğramasına ve kendini yetersiz hissetmesine sebep olurken bunun aksine yeterli olduğu halde yetersizmiş gibi söylenilen olumsuz görüşler, bireylerin kendini geliştirmesini sağlayan şeyleri yapacak kapasiteye sahipken yapmak istememesine neden olmaktadır (44, 45, 47, 48).

Duygusal Çevre: Muris (2002)'e göre duygusal öz yeterlik, bir kişinin olumsuz duygularla başa çıkabilme yeteneği şeklinde tanımlanmaktadır (49). Duygusal öz yeterlik inançları, bireylerin olumsuz duygu durumlarını önleme ya da olumsuz bir duygusal durum karşısında normal duygu durumuna geri dönebilme yeteneği olarak

da ifade edilir. Bireylerin yaşadıkları stres ya da kaygılar günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleşmesini önemli derecede etkileyen unsurlardır. Psikolojik olarak kendini iyi hissetmeyen bireylerin bir işi başarma konusundaki başarı oranları iyi hissedenlere göre daha düşüktür. Buradan da anlaşılabacağı üzere bireylerin stres ve kaygı düzeyleri öz yeterlilik inancını negatif yönde etkilemektedir. Psikolojik olarak rahat olan bireylerin öz yeterlik inançları da artmaktadır. Bandura (1995)' ya göre “fiziksel durumun iyileştirilmesi”, “stresin azaltılması”, “olumsuz duygu eğiliminin azaltılması” ve “hatalı fiziksel durumun düzeltilmesi” öz yeterlilik algısını etkileyen faktörler arasında sayılmaktadır (49,50,51).

2.8 Öz Yeterlilik İnancı Yüksek Olan Bireylerin Özellikleri

1. Zorluklarla karşılaştıklarında olaylardan kaçınmak yerine, olaylarla başdebilecek şekilde, becerilerini kullanarak meydan okumayı tercih ederler. Öz güvenleri yüksektir ve karmaşık durumlarla baş edebilme yeteneğine sahiptirler.
2. Bakış açıları etkilidir.
3. Etkili bakış açısına sahip olma özelliği bu bireylerin ev, okul ve meslek hayatlarında ve kişisel başarılarında destekleyici olur. Bu durum aynı zamanda iş hayatındaki stresi azaltır ve depresif duygu durumuna ve duygusal hasarlara karşı önleyici olur.
4. Öz yeterlik inançları yüksek olanlar güç hedefler belirleyerek bu hedeflere ulaşmaya çaba sarfederler.
5. Başarısızlık ile karşılaştıklarında pes etmeyip motivasyonlarını yüksek tutarlar.
6. Cesaret ve inançları gelişmiştir. Her türlü sorunu çözmek için çaba sarf ederler.
7. Başarısız olma durumunda yeterli çaba göstermediklerini veya eksik bilgi ve beceriye sahip olduklarını düşünürler. Bu düşünce sonra ki eylemlerinde güven duygusunu kaybetmemelerine neden olur (42).

2.9 Öz Yeterlilik İnancı Düşük Olan Kişilerin Özellikleri

1. Bireysel tehdit olarak algıladıkları güç görevleri üstlenmekten kaçınırlar.

2. Olaylar karşısında motivasyonlarını sürdürecekt güçlü amaçlara sahip değildirlir ve karar verme konusunda zorlanırlar.
3. Kişisel olarak yetersiz olduğu konulardan ve karşılaşılabilecekleri engellerden dolayı yollarına devam etmemek için yetersiz olduğu konuları veya engelleri neden olarak öne sürerler.
4. Sürekli bir olumsuz bakış açısına sahiptirler.
5. Yaptıkları bir iş ile ilgili başarısız olduklarında veya zorlandıkları olumsuz durumlarda çaba göstermek yerine vazgeçmeyi tercih ederler.
6. Yetersiz performansı eksik yetenek olarak gördüklerinden dolayı moral çöküntüsü ile kolaylıkla başedemezler. Olaylar ve durumlar karşısında sürekli umutsuzluk ve mutsuzluk içindedirler, bu yüzden kolayca stres ve depresyona girebilirler (42).

2.10 Öz Yeterliliğin Ölçülmesi

Ölçme; herhangi bir bireyin veya bir nesnenin istenen özelliğe ne derece sahip olduğunu belirlemek amacıyla yapılır. Araştırılmak istenen büyüklüğün sayı veya sembollerle ifade edilme şekli olarak tanımlanır (52). Öz yeterlilik karşılaşılan problemlere hızlı bir şekilde çözüm bulma ve günlük görevlerin yerine getirilmesini sağlama ve gerekli olan ilgi ve motivasyonun geliştirilmesini desteklediğinden dolayı önemlidir. Bireylerin öz yeterlilik düzeylerini sayısal bir şekilde ifade etmek zordur. Bu yüzden öz yeterlilik düzeyini ölçmek için çeşitli ölçekler kullanılmaktadır (53, 54). 1970’li yıllardan itibaren, geliştirilen öz yeterlik ile ilgili ölçekler, öz yeterliği ölçen araçların geliştirilmiş oldukları farklı dillerden, farklı kültürlerden farklı veriler elde edilmesine yardımcı olmaktadır. Ölçüm araçlarının uyarlandıkları ve geliştirildikleri dilin dışındaki dillerde uygulanabilmesi araştırma verilerinin genişletilmesine, farklı dil-kültür ve etnik gruplar arasında karşılaştırmalar yapılabilmesine olanak sağlamaktadır (53).

2.11 Hemşirelik ve Öz Yeterlilik

Öz yeterlilik, bilişsel algılama üzerinde etkisi olan, kişilerin yeteneklerini etkili şekilde gösterebilmeleri için sergiledikleri davranışlar olarak ifade edilmektedir. Bütün mesleklerde olduğu gibi hemşirelik mesleği içinde önemli olan bir kavramdır. Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) 1972 yılında hemşireliği “Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve

hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeyi sağlayan bir meslek grubu” olarak tanımlamıştır (36). Hemşirelik tanımından da anlaşıldığı üzere insan hayatı ile birebir ilgilenen sağlık meslek gruplarından bir tanesi olup hemşireler çok geniş alanlarda insanlara hizmet vermektedirler. Hemşireliğin temelini, hemşire hasta etkileşimi oluşturur ve bu etkileşim yoluyla hasta bakımı gerçekleşir (55).

Hasta bakımı, hemşirelik mesleğinin yapı taşlarından bir tanesidir. Bireyin kendisi ve çevresindeki diğer bireyler arasında şekillenen bir süreç olan insanî etkileşim, ahlaki bir sorumluluk, insani bir özellik, şefkat gösterme, destekleme, kişilerarası bağlantı kurma ve terapötik müdahale gibi pozitif girişimlerin tümünü içermektedir (56).

Hasta bakımının sağlanması için hemşire gerekli bilgi ve beceriye sahip olmalıdır ve bunları etkili bir davranışa dönüştürebilmelidir. Bu etkili davranış hemşirenin kendine olan inancını da ifade eden öz yeterlilik düzeyiyle ilgilidir. Öz yeterlik inancı yüksek olan hemşireler daha etkili bir bakım sağlayabilirler. Öz yeterlik düzeyinin düşük olması bakımın kalitesini ve dolayısıyla hemşirenin motivasyonunu olumsuz etkileyebilir (42).

2.12 Palyatif Bakım Hemşireliği ve Öz Yeterlik

Literatür incelendiğinde, palyatif bakım bağlamında öz yeterliliği ölçmek için bazı araçlar olduğu görülmektedir. Adriaansen ve van Achterberg tarafından geliştirilen Palyatif Bakım Öz Yeterlik Ölçeği (Self-Efficacy Instrument for PC-SEP), Bandura'nın Sosyal Bilişsel Teori'sine dayanmaktadır. Bir palyatif bakım kursunun hemşireler üzerindeki etkisini ölçmek için tasarlanmıştır. SEP, palyatif bakımın çeşitli yönlerine odaklanan 18 maddeden oluşmakta olup Felemenkçe konuşan hemşirelere yöneliktir. SEP iyi bir iç tutarlılık göstermesine rağmen (Cronbach's alpha = .80), ölçek içerik geçerliliği ile ilgili sınırlamalar bulundurmaktadır. Ruhsal ihtiyaçların boyutları, disiplinler arası işbirliği ve bakımın kişisel ve profesyonel yönleri SEP tarafından ele alınmamıştır. Benzer şekilde, iletişim boyutuna ilişkin maddeler de tavan etkisi nedeniyle ölçekten çıkarılmıştır. Her bir boyutu temsil eden madde sayısı dengesizdir. 10 madde fiziksel bakım boyutunu ele alırken, sadece iki madde psikolojik bakımla ilgilidir. Sosyal ihtiyaçlar, bakımın kültürel yönleri, işlevsel durum, bakımın etik ve yasal yönleri, yas ve yas tutma ve ölmek üzere olan kişilerin bakımı ile ilgili konular tek bir madde ile temsil edilmektedir. Ek olarak, palyatif bakım hemşireliğinin bazı

ortak yönleri ele alınmamıştır (örneğin, dispne gibi fiziksel semptomlar veya deliryum gibi psikiyatrik yönler), bazı öğeler çok spesifikdir (örneğin, psikoenerjetik terapi hakkında öğretim) ve bazı öğeler kültürel merkezlidir (örneğin, ötanazinin doğru prosedürleri hakkında bilgilendirme). Literatürdeki diğer ölçeklere bakıldığında palyatif bakım yeterliliğine olan güveni ölçmeyi, palyatif bakım alanında çalışanlarda algılanan öz yeterliliği, yeterlilik geliştirme algısını, yaşam sonu sürecinde öz yeterliliğe olan güven ve genel palyatif bakımın dokuz alanındaki beceri algısını ölçmeyi amaçlamaktadır. Bu araçların tümü, ölçek geliştirme süreci hakkında çok az bilgi vermektedirler, psikometrik testler raporlanmamakta ve palyatif bakım öz yeterlilik ölçeğinde (SEP) olduğu gibi içerik geçerliliği sınırlamalarına sahiptir (14).

Literatür incelendiğinde Desbiens ve Fillion tarafından geliştirilen “The Palliative Care Nursing Self-Competence Scale” ölçeğin Çince, Arapça gibi farklı dillere çevirilerek farklı örneklem gruplarında kullanıldığı görülmektedir. Feng ve arkadaşları (2023) ölçeğin Güney-Batı Çin’deki palyatif bakım onkoloji hemşirelerinde geçerlik ve güvenilirliğini incelemiştir (58). Laporte ve arkadaşları (2020) İsviçre’deki hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakım yetkinliğini değerlendirmek için bu ölçeği kullanmıştır (59). Hafız (2017) ise Suudi Arabistan’da hemşirelik lisans öğrencilerinin ölmekte olan çocuklara bakım verme yetkinliklerini belirlemek üzere yaptığı çalışmada bu ölçeği kullanmıştır (60).

Yapılan literatür incelemesi sonucunda Türkiye’de palyatif bakım hemşirelerinin öz yeterliliğini ölçmeye yönelik bir ölçüm aracına ulaşılamamıştır. Palyatif Bakım Hemşireliği Öz yeterlilik Ölçeği (Palliative Care Nursing Self-Competence Scale-PCNSC)’nin Türkçe’ye uyarlanması ve geçerlik-güvenirlik analizlerinin yapılması ile palyatif bakım hemşirelerinde öz yeterliliğin ölçülmesi ve bu hemşirelerin öz yeterliliklerini geliştirmeye yönelik yapılacak çalışmalarda kullanılabilecek bir ölçüm aracı elde edilmiş olabilecektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

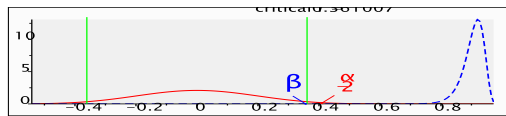
3.1 Araştırmanın Şekli

Araştırmada metodolojik türde tasarlanmış olup Palyatif Bakım Hemşireliği Öz Yeterlik Ölçeği (Palliative Care Nursing Self-Competence Scale-PCNSC)'ni Türkçe'ye uyarlayarak geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılması amaçlanmıştır.

3.2 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Türkiye'deki hastanelerin palyatif bakım servisleri, yoğun bakım üniteleri ve onkoloji servislerinde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Örneklemi ise bu hemşirelerden araştırmacının bireysel bağlantıları ve onların da bağlantıda olduğu diğer hemşirelere ulaşılması ile kartopu tekniği kullanılarak Nisan – Mayıs 2024 tarihleri arasında ulaşılan 261 hemşire oluşturmuştur.

Literatürde, ölçek geçerlik ve güvenirliğini sağlamak için, örneklem büyüklüğünün ölçeğin madde sayısının en az beş veya on katı olması önerilmektedir (61, 62, 63, 64). Araştırmada kullanılan ölçeğin madde sayısı 50 olduğundan en az 250 katılımcıya ulaşılması gerekmektedir. Araştırmada G.Power-3.1.9.2 programı kullanılarak yapılan Post-Hoc Power Analizi ile örneklem büyüklüğünün yeterliliği incelenmiştir. Test tekrar test için hesaplanan güç analizi sonuçlarına göre; %95 güven düzeyinde ve alfa değeri 0,05 alındığında ölçek genelinden elde edilen ilişki katsayısına ($r=0,908$) göre çalışmanın gücü %99,999 olarak hesaplanmıştır (Şekil 3.1).



[1] -- Monday, July 22, 2024 -- 16:45:08

Exact - Correlation: Bivariate normal model

Options: exact distribution

Analysis: Post hoc: Compute achieved power

Input: Tail(s) = Two
Correlation ρ H1 = 0.908
 α err prob = 0.05
Total sample size = 30
Correlation ρ H0 = 0

Output: Lower critical r = -0.3610069
Upper critical r = 0.3610069
Power (1 - β err prob) = 1.0000000

Şekil 3.1. Post-Hoc Power Analizi Sonuçları

3.3 Araştırmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri 18 yaş ve üzerinde olmak, palyatif bakım servisleri, yoğun bakım üniteleri veya onkoloji servislerinde en az 1 yıldır çalışıyor olmak, araştırma bağlantı adresinin paylaşıldığı anlık mesaj programını (WhatsApp) kullanıyor olmak, ölçeğe ilişkin bütün sorulara yanıt vermiş olmak ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmaktır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak, palyatif bakım, yoğun bakım veya onkoloji servislerinde 1 yıldan daha az süre çalışıyor olmak ve belirtilen birimler dışındaki birimlerde çalışıyor olmak araştırmanın dahil edilmeme kriterlerini oluşturmaktadır.

3.4 Verilerin Toplanması

Araştırmada, katılımcılardan veri toplamak için çevrimiçi anket yöntemi kullanılmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında “Katılımcı Bilgi Formu”, “Palyatif Bakım Hemşireliği Öz Yeterlilik Ölçeği (Palliative Care Nursing Self-Competence Scale (PCNSC))” kullanılmıştır.

3.4.1 Veri Toplama Araçları

3.4.1.1 Katılımcı Bilgi Formu

Katılımcı Bilgi Formu hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalıştığı kurum, mesleki deneyim süresi, çalıştığı birimde deneyim süresi, tanı koyulmuş kronik bir hastalığının varlığı, çalıştığı birimdeki görevini sorgulayan 9 adet açık ve kapalı uçlu sorunun yer aldığı bir formdur.

3.4.1.2 Palyatif Bakım Hemşireliği Öz Yeterlilik Ölçeği

Palyatif Bakım Hemşireliği Öz Yeterlilik Ölçeği (Palliative Care Nursing Self-Competence Scale (PCNSC)) 2011 yılında Jean-François Desbiens tarafından İngilizce ve Fransızca olarak geliştirilmiştir. Palyatif Bakım Hemşireliği Öz Yeterlilik Ölçeği Jean-François Desbiens tarafından Bandura’nın Sosyal Bilişsel Teorisi’ni ve yeterlilik üzerine literatürde yer alan çalışmaları temel alarak hazırlanmıştır. Ölçek 10 alt boyut ve 50 madde içermektedir. Bu alt boyutlar; *Fiziksel İhtiyaçlar: Ağrı, Fiziksel İhtiyaçlar: Diğer Semptomlar, Psikolojik İhtiyaçlar, Sosyal İhtiyaçlar, Manevi İhtiyaçlar, İşlevsel Durumla İlgili İhtiyaçlar, Etik ve Yasal Konular, Meslekler Arası İş Birliği ve İletişim, Hemşirelik Bakımı İle İlgili Kişisel ve Mesleki Konular ve Yaşam Sonu Bakım* olarak sıralanmaktadır. Her

bir alt boyut kendisiyle ilgili beş madde içermektedir (57). Veri toplamak için altılı likert tipi ölçek kullanılmıştır. Katılımcılardan ölçeği 0 ile 5 puan arasında puanlamaları istenmiştir. Puanlama “0-Hiç yetenekli değilim”, “1-Yetenekli değilim”, “2-Kısmen yetenekli değilim”, “3-Kısmen yetenekliyim”, “4-Yetenekliyim” ve “5-Çok yetenekliyim” şeklindedir. 50 maddelik ölçeğin tüm maddelerine verilen yanıtlar toplanarak toplam puan hesaplanmaktadır. Ölçekte ters kodlama yapılmamaktadır. Ölçeğin tamamını yanıtlamış olan bir katılımcı en düşük 0 puan ile en yüksek 250 puan alabilmektedir. Puan değeri ne kadar artarsa öz yeterlilik inancının yüksek olduğu, puan ne kadar azalırsa öz yeterlilik inancının düşük olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçek hemşirelerin kaliteli bir palyatif bakım sağlamada kendi yeterlilikleri hakkında farkındalık sağlamayı amaçlamaktadır. Ölçek onkoloji hemşirelerinin de palyatif bakım sürecinde öz güvenini değerlendirmek için kullanılabilir. Ölçeğin orjinal çalışmasında Cronbach alpha geçerlik katsayısı 0.95’tir.

3.4.2 Veri Toplama Süreci

Etik kurul izinleri alındıktan sonra, araştırmacı ücretsiz ulaşılabilen bir anket düzenleme programında (Google Forms) çalışmanın veri toplama araçlarını oluşturmuştur. Bu anketler için program tarafından sağlanan bağlantı adresi ilk önce araştırmacının yakın çevresinde örnekleme dahil edilme kriterlerini karşılayan hemşirelere akıllı telefonunda bulunan anlık mesaj programı (WhatsApp) aracılığıyla iletilmiştir. Ayrıca kendi çevrelerinde bulunan örnekleme dahil edilme kriterlerine uygun diğer hemşirelerle bağlantı adresini paylaşmaları istenmiştir. Çevrim içi formun doldurulma süresi 10-15 dakikayı bulmaktadır.

3.4.3 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri, SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows 25.0) ve AMOS 21 programları ile analiz edilmiştir. Katılımcıların kişisel özelliklerine ilişkin verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) uygulanmıştır. Palyatif Bakım Hemşireliği Öz-yeterlilik Ölçeği’nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında dil eşdeğerliği, kapsam geçerliği, yüzey geçerliği, yapı geçerliği, yakınsak ve ıraksak geçerlik, ölçek tepki yanlılığı, iç tutarlılık, madde ayırıcılık gücü indeksi, alt boyutlar arasındaki ilişki ve madde tanımlayıcı istatistikler ve test-tekrar test tekniği kullanılarak analiz edilmiştir (Tablo 3.1.). Ayrıca kapsam geçerliliğinin

yapılabilmesi için alınan uzman görüşleri arasındaki uyum Kendall's W testi ile değerlendirilmiştir. G.Power-3.1.9.2 programı kullanılarak yapılan Post-Hoc Power Analizi ile örneklem büyüklüğünün yeterliliği incelenmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.4.4 Palyatif Bakım Hemşireliği Öz Yeterlilik Ölçeğinin Dil Eşdeğerliğinin Sağlanması

Literatüre göre, etkili bir dil eşdeğerliği için tercümanların sadece iki dili iyi bilmelerinin ötesinde, her iki kültürü de derinlemesine anlamaları gerektiği vurgulanmaktadır. Orijinal bir ölçeği hedef dile çevirmek için sıklıkla "tek yönlü çeviri", "grup çevirisi" veya "geri çeviri" yöntemleri tercih edilmektedir. Bu yöntemler çok fazla zaman almasına rağmen dünyada en çok kullanılan geri çeviri yöntemidir. Geri çeviri yöntemi, en az iki bağımsız çevirmen tarafından gerçekleştirilir. İlk çevirmen, orijinal ölçeği hedef dile çevirirken, ikinci çevirmen bu çeviriyi tekrar asıl dile geri çevirir. Ardından, dil eşdeğerliği açısından ortak bir karara varılır ve iki çevirmenin çevirileri arasındaki tutarlılık sağlandığında ölçeğin dil uyarlaması tamamlanmış olur (65,66,67). Bu çalışmada da ölçeğin dil eşdeğerliğini sağlamak amacıyla geri çeviri yöntemi gerçekleştirilmiştir. Daha sonra ölçek hem İngilizce'yi hem de Türkçe'yi çok iyi bilen iki bağımsız çevirmen tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Türkçe çeviriler araştırmacı ve danışmanı tarafından gözden geçirilmiş ve ifadelerin benzer olması için gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Türkçe versiyonu ana dili İngilizce olan ve Türkçe'yi iyi bilen bir çevirmene gönderilerek İngilizce'ye geri çeviri yapılması sağlanmıştır. Geri çevirisi tamamlanan ölçek araştırmacılar tarafından yeniden gözden geçirilmiş olup orijinal ölçeğe benzer olması nedeniyle Türkçe ölçekte herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

3.4.5 Kapsam Geçerliği

Türkçe Ölçeğin kapsam geçerliliğini sağlamak için palyatif bakım, yoğun bakım veya onkoloji alanlarında çalışmış veya çalışmakta olan hemşire veya akademisyen 10 kişiden uzman görüşü alınmıştır. Uzman görüşleri Davis Yöntemi ile toplanmış ve değerlendirilmiştir. Bu yöntemle göre uzmanlardan uygun bulma durumlarına göre her maddeyi 1-4 (1-Uygun değil, 2- Biraz uygun, 3-Uygun 4-Çok uygun) arasında puanlamaları istenmiştir. Davis tekniği için her bir maddenin kapsam geçerlik oranının 0,80 ve üzerinde olması istenmektedir (69).

3.4.6 Yüzey geçerliği

Çeviri işlemi tamamlandıktan sonra maddelerin anlaşılabilirliğini ölçmek için örneklem grubuna dahil olmayan 10 yoğun bakım hemşiresine ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamaya katılan hemşirelere araştırmacı tarafından anketi doldurma süreleri, anket maddelerinin anlaşılır olup olmadığı, uygulanabilir olup olmadığı konusunda sözel geri bildirim vermeleri söylenmiştir. Hemşirelerin geri bildirimleri bir puanlama üzerinden değil genel ifadeler üzerinden alınmıştır. Ön uygulamaya katılan hemşireler ölçeğin anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğine ilişkin olumlu geri bildirim vermişlerdir.

3.4.7 Yapı Geçerliği

Ölçeğin yapı geçerliğini belirlemek için Doğrulayıcı Faktör Analizi ile mevcut modelin teorik yapısının yeterince açıklanıp açıklanmadığı test edilir (71). Doğrulayıcı faktör analizinde faktör yüklerinin istatistiksel olarak anlamlı olması kadar büyüklüğü de önemlidir. Faktör yükü için sınır değer genellikle 0,30 olarak kabul edilir (72).

3.4.8 İç Tutarlılık Analizleri

Cronbach Alpha, ölçek maddelerinin birbiriyle tutarlılığını ve aynı özelliği ölçüp ölçmediklerini değerlendirir. Bu katsayı, ölçek maddelerinin iç tutarlılığını ve homojenliğini belirleyen bir ölçüttür. İç tutarlılık ve güvenilirlik kanıtı sağlamak için kullanılan katsayılar arasında, eğitim ve psikoloji alanında en yaygın olarak kullanılanı Cronbach alfa katsayısıdır (65,70). Cronbach Alpha katsayısı arttıkça ölçeğin güvenilirliği de artmaktadır (71).

3.5 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

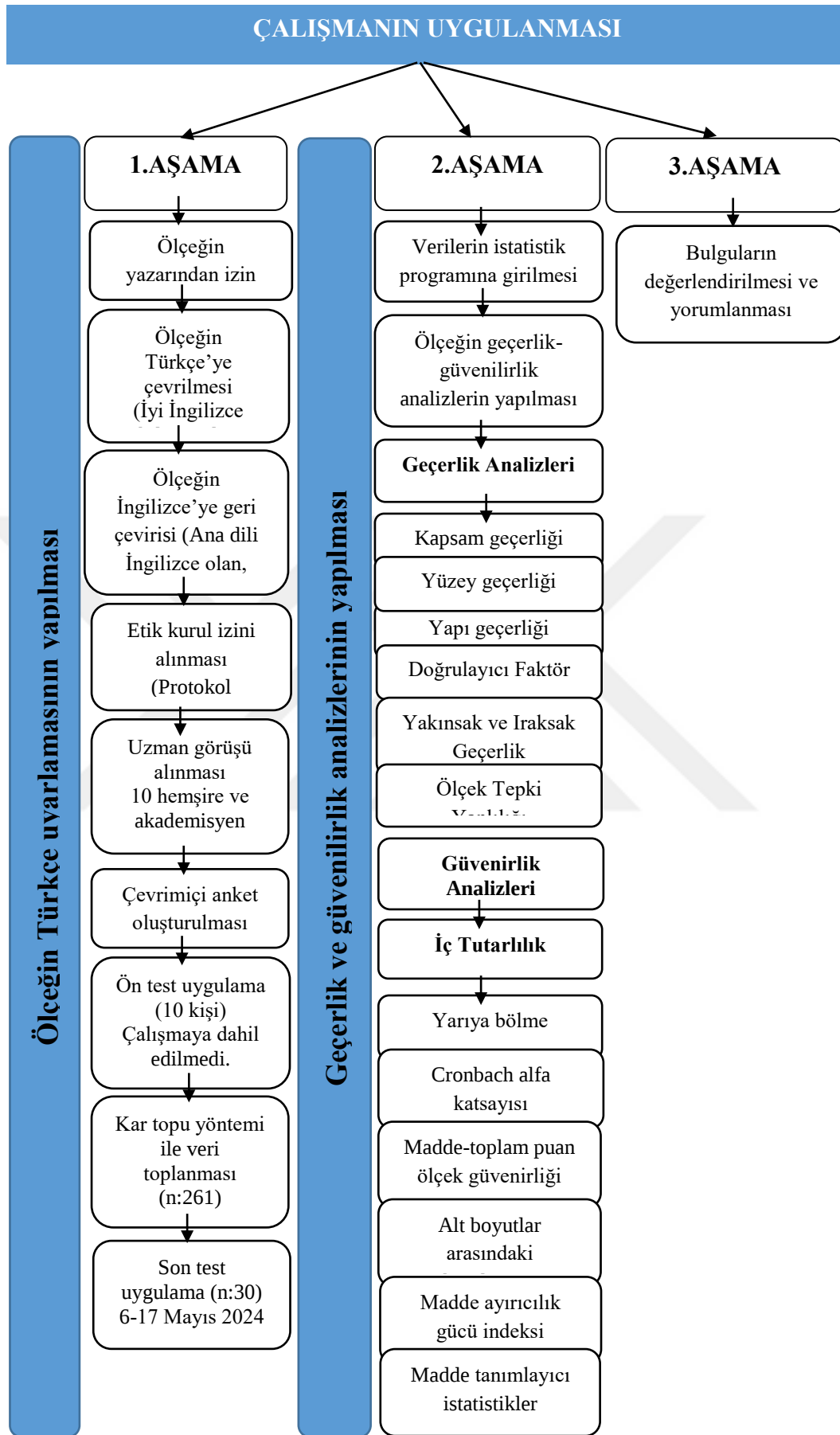
Bu araştırmaya, çalışmanın yapıldığı tarihlerde Türkiye'deki farklı illerin farklı hastanelerinin palyatif bakım uygulamalarının sıklıkla gerçekleştirildiği palyatif bakım servisleri, yoğun bakım üniteleri ve onkoloji servisleri gibi alanlarında çalışmakta olan hemşireler katılmıştır. Araştırmanın sınırlılıkları çevrimiçi veri toplama araçlarının bir bağlantı ile katılımcılara iletilmesi ve elde edilen sonuçların araştırmanın uygulandığı zaman dilimi ile sınırlı olması, çalışmaya katılan hemşirelerin görüşlerini içermesi ve benzer ölçek geçerliliğinin sağlanamaması olarak sıralanabilir.

3.6 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma Palyatif Bakım Hemşireliği Öz Yeterlilik Ölçeği (Palliative Care Nursing Self-Competence Scale (PCNSC))'ni geliştiren Jean-François Desbiens'ten izin alındıktan sonra (Ek-1) başlatıldı. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 22.12.2023 tarihli ve 2023/518 sayılı Etik Kurul Onayı alındı (Ek-2). Çevrimiçi anket içerisinde araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayalı olduğunu, çalışmanın amacını ve yararını, katılımcılardan elde edilen verilerin yalnızca araştırmacı tarafından değerlendirileceğini belirten bir açıklamaya yer verildi. Açıklamayı okuyan katılımcılardan, araştırmaya katılmayı kabul ettiklerini belirtmek için "Katılmayı Kabul Ediyorum" seçeneğini işaretlemeleri istendi (EK-3).

Tablo 3.1. Verilerin Değerlendirilmesi İçin Uygulanan İstatistiksel Analizler

Geçerlik Çalışması	
Kapsam Geçerliği	
Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi	Kapsam geçerlik indeksi
Yüzey Geçerliği	Ön Uygulama
Yapı Geçerliği	
Doğrulayıcı Faktör analizi	Doğrulayıcı faktör analizi
	Yaklaşık hataların ortalama karekökü (Root Mean Square Error Of Approximatin-RMSEA)
	Standardize ortalama hataların karekökü (Standardized Root Meansquare Residual-SRMR)
	Karşılaştırmalı uyum iyiliği (Comperative Fit Index-CFI)
	Uyum iyiliği indeksi (Goodnessof Fit Index-GFI)
	Ayarlanmış uyum iyiliği indeksinin (Adjusted Googness Of Fit Index-AGFI)
	Normlandırılmamış uyum indeksi (Non-Normed Fit Index-NNFI ya da TLI)
Yakınsak ve İraksak Geçerlik	
AVE ve CR değeri	Ortalama Açıklanan varyans ve Birleşik Güvenirlik
Ölçek Tepki Yanlılığı	
Tepki yanlılığı	Hotelling T ² testi (Hotelling's T-squared test)
Güvenirlik Çalışması	
İç Tutarlılık	
Yarıya bölme yöntemi	Korelasyon katsayısı
Cronbach alfa katsayısı	Cronbach alfa katsayısı
Madde-toplam puan ölçek güvenirliliği	Korelasyon katsayısı
Zamana göre tutarlılık	Test-tekrar test
Diğer Çalışmalar	
Madde ayırıcılık gücü indeksi	Madde ayırıcılık gücü indeksi
Alt boyutlar arasındaki ilişki	Korelasyon katsayısı
Madde tanımlayıcı istatistikleri	Aritmetik ortalama Standart sapma



Şekil 3.2. Çalışmanın Akış Şeması

4. BULGULAR

Palyatif Bakım Hemşireliği Öz Yeterlilik Ölçeği'nin dil eşdeğerliğinin sağlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması ve kültürel uyarlamasının yapılması amaçlanmıştır. Elde edilen bulgular Katılımcıları Tanıtıcı Bulgular ve Ölçek Geçerlik-Güvenirliğine İlişkin Bulgular olmak üzere iki başlık altında verilmiştir.

4.1 Katılımcıları Tanıtıcı Bulgular

Katılımcıların yaş ortalamasının $32,36 \pm 6,49$ olduğu ve %67,8'inin kadın, %62,5'inin bekar olduğu tespit edilmiştir. Eğitim durumları incelendiğinde, katılımcıların %79,7'sinin lisans mezunu, %10'unun lisansüstü bir programdan mezun olduğu görülmüştür. Katılımcıların %73,2'sinin devlet hastanesinde, %18,8'inin üniversite hastanesinde ve %8'inin özel hastanede çalıştığı belirlenmiştir. Katılımcıların deneyim yılları incelendiğinde %48,7'sinin 5 yıl ve daha altında bir hemşirelik deneyimi olduğu, %46,7'sinin çalıştığı birimde 1-2 yıl deneyimi olduğu, %89,3'ünün servis hemşiresi olduğu görülmüştür (Tablo 4.1.).

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri Tablosu

		Sayı	Yüzde
Yaş Ort. ±S.S. (Min-Mak) (32,36 ±6,49 (22-56))	≤ 25	28	10,7
	26-35	159	60,9
	36-45	64	24,5
	46+	10	3,8
Cinsiyet	Kadın	177	67,8
	Erkek	84	32,2
Medeni durum	Evli	163	62,5
	Bekar	98	37,5
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	4	1,5
	Ön lisans	23	8,8
	Lisans	208	79,7
	Yüksek lisans ve üstü	26	10,0
Tanı konulmuş kronik hastalık varlığı	Evet	22	8,4
	Hayır	239	91,6
Çalıştığı kurum	Devlet hastanesi	191	73,2
	Üniversite hastanesi	49	18,8
	Özel hastane	21	8,0
Mesleki deneyim süresi Ort. ±S.S. (Min-Mak) (7,70 ±5,79 (1-34 yıl))	≤ 5	127	48,7
	6 - 10	71	27,2
	11 - 15	33	12,6
	16 yıl ve üstü	30	11,5
Çalıştığı birimde deneyim süresi Ort. ±S.S. (Min-Mak) (3,05 ±2,23 (1-16 yıl))	1-2 yıl	122	46,7
	3-4 yıl	94	36,0
	5 yıl ve üstü	45	17,2
Çalıştığı birimde görevi	Servis hemşiresi	233	89,3
	Servis sorumlu hemşiresi	28	10,7

Ort.: Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Min. Minimum değer, Mak.: Maksimum değer

4.2 Ölçek Geçerlik-Güvenirliğine İlişkin Bulgular

4.2.1 Geçerlik Analizlerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.2. Kapsam Geçerlik Oranları

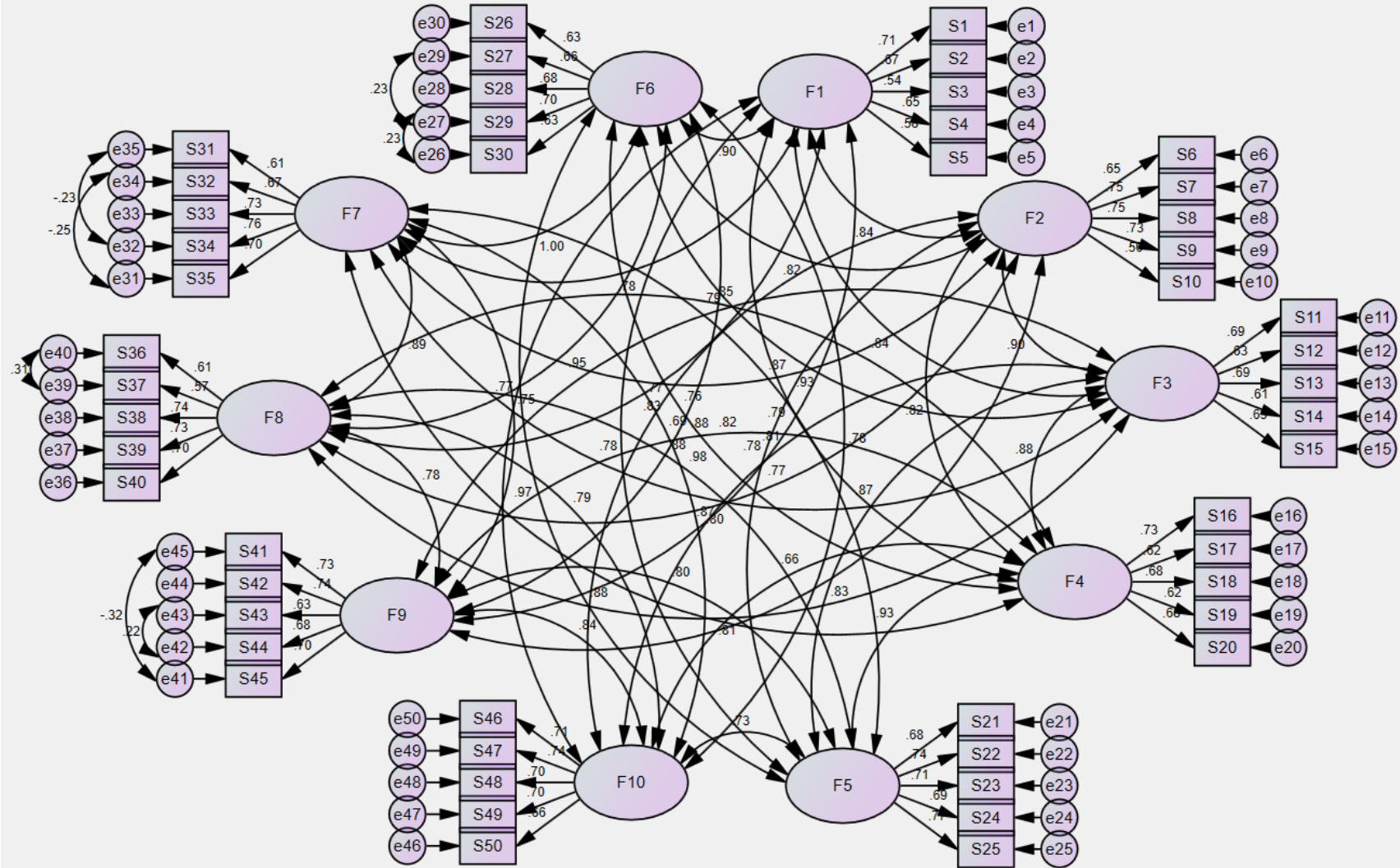
Maddeler	Toplam uygun diyenlerin sayısı	KGO	Maddeler	Toplam uygun diyenlerin sayısı	KGO
M1	9,00	0,90	M26	9,00	0,90
M2	10,00	1,00	M27	10,00	1,00
M3	9,00	0,90	M28	10,00	1,00
M4	10,00	1,00	M29	10,00	1,00
M5	9,00	0,90	M30	10,00	1,00
M6	10,00	1,00	M31	9,00	0,90
M7	10,00	1,00	M32	10,00	1,00
M8	10,00	1,00	M33	10,00	1,00
M9	10,00	1,00	M34	10,00	1,00
M10	9,00	0,90	M35	10,00	1,00
M11	10,00	1,00	M36	10,00	1,00
M12	9,00	0,90	M37	10,00	1,00
M13	10,00	1,00	M38	10,00	1,00
M14	10,00	1,00	M39	10,00	1,00
M15	10,00	1,00	M40	9,00	0,90
M16	10,00	1,00	M41	10,00	1,00
M17	10,00	1,00	M42	10,00	1,00
M18	10,00	1,00	M43	10,00	1,00
M19	9,00	0,90	M44	10,00	1,00
M20	10,00	1,00	M45	8,00	0,80
M21	10,00	1,00	M46	10,00	1,00
M22	10,00	1,00	M47	10,00	1,00
M23	10,00	1,00	M48	10,00	1,00
M24	9,00	0,90	M49	9,00	0,90
M25	8,00	0,80	M50	8,00	0,80
KGi= 0,966					

Elde edilen görüşler doğrultusunda, ölçeğin tamamının Kapsam Geçerlilik İndeksi 0,96 olarak hesaplanmış; tüm maddelerin Kapsam Geçerlik Oranı ise 0,80 ile 1,00 arasında bulunmuştur (Tablo 4.2.). Ayrıca uzman görüşleri arasındaki uyumu incelemek için Kendall's W testi uygulanmış ve uzman görüşleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Kendall's W= 0,154; p=0,009).

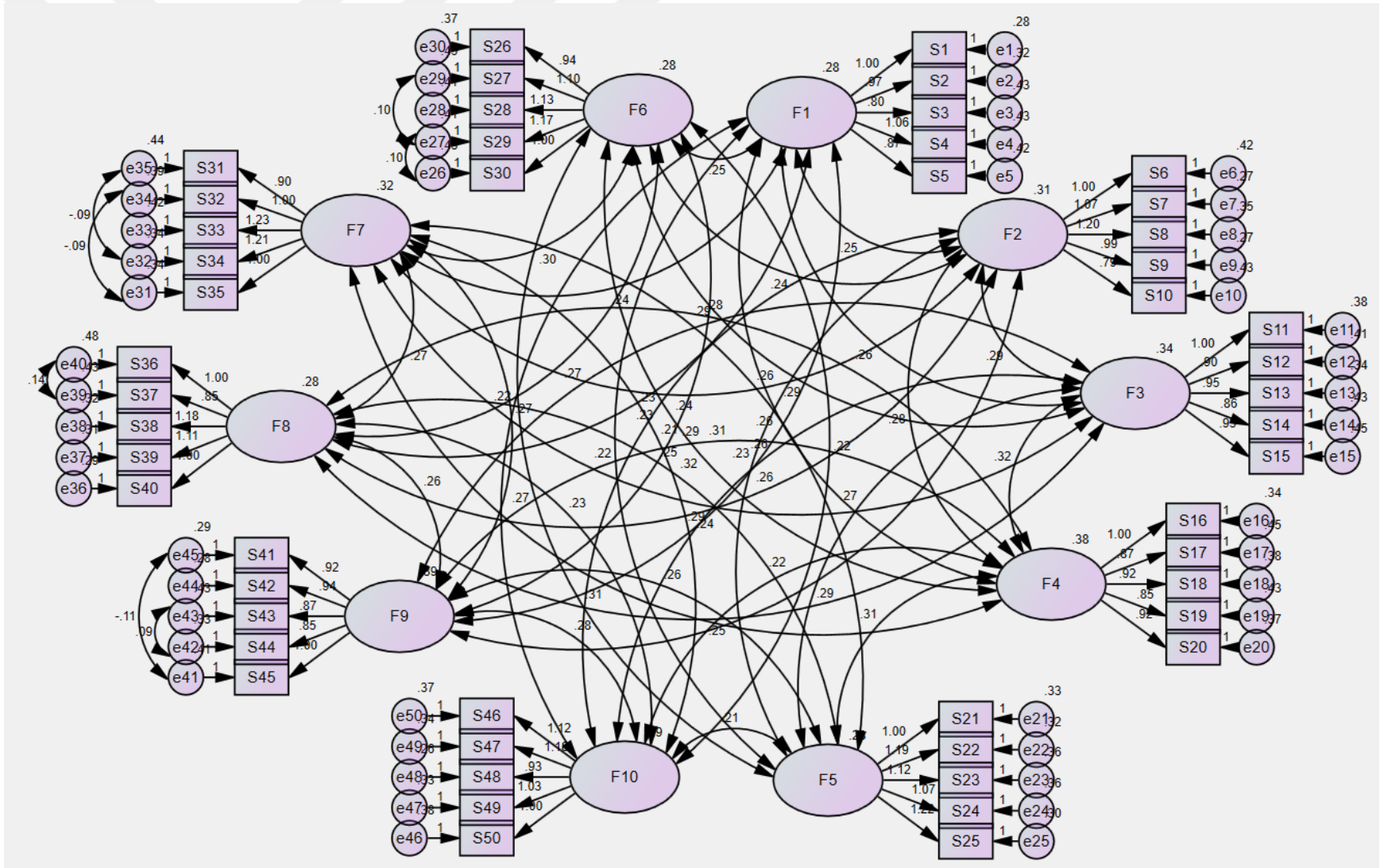
Tablo 4.3. Doğrulamalı Faktör Analizine İlişkin Bulgular

İndeks	Mükemmel Uyum Ölçütü	Kabul edilebilir uyum Ölçütü	Modifikasyon Sonrası
χ^2/SD	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 5$	1,468
RMSEA	$0,00 \leq RMSEA \leq 0,05$	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,08$	0,042
SRMR	$0,00 \leq SRMR \leq 0,05$	$0,05 \leq SRMR \leq 0,08$	0,044
CFI	$0,95 \leq CFI$	$0,85 \leq CFI$	0,916
GFI	$0,90 \leq GFI$	$0,85 \leq GFI$	0,803
AGFI	$0,90 \leq AGFI$	$0,85 \leq AGFI$	0,776
IFI	$0,90 \leq IFI$	$0,80 \leq IFI$	0,922
TLI	$0,90 \leq TLI$	$0,80 \leq TLI$	0,913

Ölçeğin tüm maddelerinin faktör yük değerlerinin 0,30'dan fazla olduğu belirlenmiştir. Doğrulamalı Faktör analizine göre, yapısal denklem model sonuçları (Structural Equation Modeling Results) anlamlı bulunmuştur (p=0,001) ve ölçeğin 50 madde ve 10 faktörlü yapısı arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Modelde aynı faktörün hataları arasında kovaryans oluşturulmasına ihtiyaç duyulmuştur. Birinci düzey çok faktör analizi sonuçlarına göre ölçeğin uyum iyiliği indekslerine bakıldığında; RMSEA değeri 0,042 ve χ^2 (Cmin/df) değeri 1,468 olduğu görülmüştür (Tablo 4.3.).



Şekil 4.1. Palyatif Bakım Hemşireliği Öz Yeterlilik Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) (standardize edilmiş)



Şekil 4.2. Palyatif Bakım Hemşireliği Öz Yeterlilik Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) (standardize edilmiş)

Tablo 4.4. Doğrulayıcı Faktör Analizi Faktör Yükleri (Birinci Düzey)

	Standardize edilmiş faktör yükü	Standardize edilmemiş faktör yükü	S.H.	C.R.	p
Fiziksel İhtiyaçlar1	0,710	1,000			<0,001
Fiziksel İhtiyaçlar2	0,674	0,972	0,098	9,959	<0,001
Fiziksel İhtiyaçlar3	0,543	0,797	0,099	8,091	<0,001
Fiziksel İhtiyaçlar4	0,650	1,056	0,110	9,622	<0,001
Fiziksel İhtiyaçlar5	0,580	0,868	0,101	8,616	<0,001
Fiziksel İhtiyaçlar D6	0,653	1,000			<0,001
Fiziksel İhtiyaçlar D7	0,753	1,070	0,103	10,381	<0,001
Fiziksel İhtiyaçlar D8	0,752	1,204	0,116	10,369	<0,001
Fiziksel İhtiyaçlar D9	0,730	0,992	0,098	10,128	<0,001
Fiziksel İhtiyaçlar D10	0,558	0,788	0,098	8,050	<0,001
Psikolojik İhtiyaçlar1	0,687	1,000			<0,001
Psikolojik İhtiyaçlar2	0,634	0,897	0,095	9,485	<0,001
Psikolojik İhtiyaçlar3	0,693	0,954	0,093	10,307	<0,001
Psikolojik İhtiyaçlar4	0,608	0,861	0,094	9,121	<0,001
Psikolojik İhtiyaçlar5	0,630	0,931	0,099	9,426	<0,001
Sosyal İhtiyaçlar1	0,727	1,000			<0,001
Sosyal İhtiyaçlar2	0,625	0,867	0,088	9,804	<0,001
Sosyal İhtiyaçlar3	0,675	0,918	0,086	10,622	<0,001
Sosyal İhtiyaçlar4	0,624	0,848	0,087	9,799	<0,001
Sosyal İhtiyaçlar5	0,680	0,920	0,086	10,704	<0,001
Manevi İhtiyaçlar1	0,677	1,000			<0,001
Manevi İhtiyaçlar2	0,745	1,195	0,110	10,866	<0,001
Manevi İhtiyaçlar3	0,706	1,120	0,108	10,355	<0,001
Manevi İhtiyaçlar4	0,690	1,071	0,106	10,153	<0,001
Manevi İhtiyaçlar5	0,766	1,220	0,110	11,132	<0,001
Fonksiyonel Durum1	0,630	0,935	0,100	9,352	<0,001

Fonksiyonel Durum2	0,658	1,102	0,114	9,694	<0,001
Fonksiyonel Durum3	0,679	1,125	0,113	9,941	<0,001
Fonksiyonel Durum4	0,696	1,173	0,102	11,514	<0,001
Fonksiyonel Durum5	0,630	1,000			<0,001
Etik ve Yasal Konular1	0,608	0,900	0,098	9,156	<0,001
Etik ve Yasal Konular2	0,674	1,003	0,110	9,095	<0,001
Etik ve Yasal Konular3	0,731	1,228	0,112	10,972	<0,001
Etik ve Yasal Konular4	0,763	1,207	0,106	11,374	<0,001
Etik ve Yasal Konular5	0,695	1,000			<0,001
Meslekler Arası İş birliği İletişim1	0,608	0,997	0,108	9,212	<0,001
Meslekler Arası İşbirliği İletişim2	0,572	0,855	0,099	8,665	<0,001
Meslekler Arası İş birliği İletişim3	0,744	1,184	0,106	11,200	<0,001
Meslekler Arası İş birliği İletişim4	0,726	1,105	0,101	10,951	<0,001
Meslekler Arası İş birliği İletişim5	0,705	1,000			<0,001
Hemşirelik Bakımı İle İlgili Kişisel Ve Mesleki Konular1	0,728	0,921	0,098	9,353	<0,001
Hemşirelik Bakımı İle İlgili Kişisel Ve Mesleki Konular2	0,742	0,939	0,086	10,856	<0,001
Hemşirelik Bakımı İle İlgili Kişisel Ve Mesleki Konular3	0,634	0,868	0,093	9,371	<0,001
Hemşirelik Bakımı İle İlgili Kişisel Ve Mesleki Konular4	0,676	0,850	0,085	9,955	<0,001
Hemşirelik Bakımı İle İlgili Kişisel Ve Mesleki Konular5	0,699	1,000			<0,001

Yaşam Bakım1	Sonu	0,708	1,122	0,114	9,809	<0,001
Yaşam Bakım2	Sonu	0,737	1,179	0,116	10,135	<0,001
Yaşam Bakım3	Sonu					<0,001
Hemşirelik Bakımı İle İlgili Kişisel Ve Mesleki Konular3		0,702	0,931	0,096	9,744	
Yaşam Bakım4	Sonu	0,698	1,034	0,107	9,698	<0,001
Yaşam Bakım5	Sonu	0,657	1,000			<0,001

CR: Maddelerin Anlamlılıklarını Sınayan Test Değeri: SH: Standart hata

CR değerinin tamamı anlamlı olup tüm maddelerin faktör yük değerleri 0,30'dan fazla olup 0,54 ile 0,77 arasında değiştiği görülmektedir (Tablo 4.4.).

Tablo 4.5. Palyatif Bakım Hemşirelerinde Özyeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi
Ölçeği İlişkin Madde Analizi

Madde	Grup	Ort	SS	r	Madde silindiğinde alfa değeri	t (**alt-üst %27)	p değeri (**alt-üst %27)
S1	Üst	4,57	0,50	0,598	0,699	17,823	0,001*
	Alt	3,16	0,44				
S2	Üst	4,57	0,55	0,614	0,693	15,016	0,001*
	Alt	3,14	0,57				
S3	Üst	4,53	0,50	0,469	0,743	12,354	0,001*
	Alt	3,24	0,71				
S4	Üst	4,57	0,55	0,505	0,732	12,286	0,001*
	Alt	3,09	0,85				
S5	Üst	4,56	0,56	0,488	0,736	13,498	0,001*
	Alt	3,19	0,64				
S6	Üst	4,64	0,48	0,581	0,788	14,502	0,001*
	Alt	3,07	0,77				
S7	Üst	4,76	0,46	0,661	0,765	16,816	0,001*
	Alt	3,21	0,61				
S8	Üst	4,74	0,44	0,675	0,759	15,481	0,001*
	Alt	3,04	0,81				
S9	Üst	4,64	0,48	0,632	0,774	17,721	0,001*
	Alt	3,19	0,49				
S10	Üst	4,70	0,49	0,493	0,812	12,847	0,001*
	Alt	3,36	0,72				
S11	Üst	4,64	0,48	0,586	0,737	13,577	0,001*
	Alt	3,10	0,82				
S12	Üst	4,61	0,49	0,571	0,742	13,769	0,001*
	Alt	3,14	0,75				
S13	Üst	4,57	0,53	0,591	0,736	15,081	0,001*
	Alt	3,07	0,64				
S14	Üst	4,63	0,57	0,543	0,751	13,018	0,001*
	Alt	3,14	0,77				

S15	Üst	4,57	0,55	0,519	0,760	12,260	0,001*
	Alt	3,11	0,83				
S16	Üst	4,61	0,49	0,639	0,740	17,554	0,001*
	Alt	2,99	0,60				
S17	Üst	4,61	0,52	0,527	0,776	12,669	0,001*
	Alt	3,13	0,83				
S18	Üst	4,70	0,46	0,613	0,749	18,992	0,001*
	Alt	3,00	0,59				
S19	Üst	4,59	0,52	0,539	0,772	13,657	0,001*
	Alt	3,11	0,73				
S20	Üst	4,61	0,49	0,580	0,759	14,956	0,001*
	Alt	3,06	0,72				
S21	Üst	4,60	0,49	0,607	0,819	15,034	0,001*
	Alt	3,14	0,64				
S22	Üst	4,64	0,48	0,671	0,802	16,101	0,001*
	Alt	2,94	0,74				
S23	Üst	4,76	0,46	0,661	0,805	18,440	0,001*
	Alt	3,04	0,62				
S24	Üst	4,57	0,55	0,622	0,816	13,947	0,001*
	Alt	3,04	0,73				
S25	Üst	4,71	0,46	0,667	0,803	15,115	0,001*
	Alt	3,06	0,80				
S26	Üst	4,63	0,49	0,509	0,796	15,254	0,001*
	Alt	3,23	0,59				
S27	Üst	4,64	0,48	0,636	0,758	15,260	0,001*
	Alt	2,96	0,79				
S28	Üst	4,61	0,52	0,593	0,772	13,527	0,001*
	Alt	3,01	0,84				
S29	Üst	4,70	0,46	0,682	0,743	15,421	0,001*
	Alt	2,99	0,81				
S30	Üst	4,61	0,49	0,554	0,784	13,089	0,001*
	Alt	3,16	0,79				
S31	Üst	4,64	0,54		0,803	13,454	0,001*

	Alt	3,19	0,73	0,472			
S32	Üst	4,60	0,52	0,577	0,773	12,920	0,001*
	Alt	3,10	0,82				
S33	Üst	4,63	0,49	0,657	0,747	14,376	0,001*
	Alt	2,81	0,94				
S34	Üst	4,66	0,48	0,671	0,743	14,913	0,001*
	Alt	2,97	0,82				
S35	Üst	4,57	0,50	0,584	0,771	12,635	0,001*
	Alt	3,13	0,82				
S36	Üst	4,59	0,55	0,583	0,785	13,654	0,001*
	Alt	3,01	0,79				
S37	Üst	4,64	0,59	0,588	0,782	13,325	0,001*
	Alt	3,23	0,66				
S38	Üst	4,79	0,41	0,657	0,761	15,779	0,001*
	Alt	3,14	0,77				
S39	Üst	4,64	0,48	0,590	0,782	14,333	0,001*
	Alt	3,13	0,74				
S40	Üst	4,77	0,42	0,600	0,779	14,892	0,001*
	Alt	3,37	0,66				
S41	Üst	4,70	0,49	0,542	0,811	15,481	0,001*
	Alt	3,21	0,63				
S42	Üst	4,69	0,47	0,675	0,775	15,603	0,001*
	Alt	3,16	0,67				
S43	Üst	4,71	0,49	0,643	0,783	14,181	0,001*
	Alt	3,10	0,82				
S44	Üst	4,69	0,47	0,665	0,778	15,099	0,001*
	Alt	3,19	0,69				
S45	Üst	4,61	0,49	0,582	0,803	14,981	0,001*
	Alt	3,07	0,71				
S46	Üst	4,79	0,41	0,621	0,793	17,050	0,001*
	Alt	3,13	0,70				
S47	Üst	4,79	0,45		0,784	16,616	0,001*

	Alt	3,11	0,71	0,652			
S48	Üst	4,77	0,42	0,615	0,797	15,055	0,001*
	Alt	3,44	0,61				
S49	Üst	4,76	0,43	0,636	0,789	14,563	0,001*
	Alt	3,23	0,76				
S50	Üst	4,73	0,48	0,598	0,800	15,408	0,001*
	Alt	3,19	0,69				

r= Madde Toplam Puan Korelasyonu * $p < 0,05$ için anlamlıdır. ** %27 alt üst grup; alt grup n=70: üst grup n=70

Madde-toplam test korelasyon değerleri incelendiğinde maddelerin madde-toplam test korelasyon değerlerinin 0,309–0,666 arasında olduğu görülmüştür. Madde-toplam test korelasyonu tablosunda, tüm maddelerin birbiriyle ilişkili olduğu görülmüştür. Ölçekte yer alan maddelerin ayırt ediciliklerinin belirlenmesi amacıyla, ölçekten elde edilen ham puanlar büyükten küçüğe doğru sıralanmış ve alt %27 ile üst %27'de yer alan grupların puan ortalamaları bağımsız grup t-testi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre, alt ve üst grup madde puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 4.5.)

Tablo 4.6. Ortalama Açıklanan Varyans (AVE) ve Bileşik Güvenirlik (CR) (n=261)

Boyutlar	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	AVE	$\sqrt{AVE}$	CR
F1	1										0 ,40	0 ,63	0 ,77
F2	0,688**	1									0 ,48	0 ,69	0 ,82
F3	0,649**	0,721**	1								0 ,42	0 ,65	0 ,79
F4	0,617**	0,660**	0,704*	1							0 ,45	0 ,67	0 ,80
F5	0,629**	0,640**	0,707*	0,769*	1						0 ,51	0 ,71	0 ,84
F6	0,691**	0,655**	0,728*	0,766*	0,775**	1					0 ,43	0 ,66	0 ,79
F7	0,640**	0,631**	0,715*	0,727*	0,733**	0,820**	1				0 ,48	0 ,69	0 ,82
F8	0,664**	0,659**	0,646*	0,673*	0,720**	0,719**	0,722**	1			0 ,45	0 ,67	0 ,81
F9	0,616**	0,675**	0,628*	0,656*	0,659**	0,684**	0,622**	0,618**	1		0 ,49	0 ,70	0 ,82
F10	0,617**	0,650**	0,651*	0,537*	0,606**	0,621**	0,589**	0,642**	0,685**	1	0 ,49	0 ,70	0 ,83

F1:Fiziksel İhtiyaçlar:Ağrı, F2:Fiziksel İhtiyaçlar Diğer Semptomlar, F3:Psikolojik İhtiyaçlar, F4:Sosyal İhtiyaçlar, F5: Manevi İhtiyaçlar, F6: Fonksiyonel Durum, F7: Etik ve Yasal Konular, F8:Meslekler Arası İş Birliği İletişim, F9: Hemşirelik Bakımı İle İlgili Kişisel ve Mesleki Konular

**p<0,01 A VE: Ortalama Açıklanan Varyans; CR: Birleşik güvenirlilik

Ölçüm aracına ilişkin her bir faktörün ayrı ayrı ortalama açıklanan varyans (AVE) ve bileşik güvenilirlik (CR) değerleri Tablo 4.6.'de verilmiştir. Ölçüm modelindeki faktörlerin bileşik güvenilirlik değerleri incelendiğinde faktör 9 dışındaki bütün faktörlerin bileşik güvenilirlik değerlerinin 0,70'ün üzerinde olduğu görülmektedir. Buna göre ölçüm aracının yakınsak ve ıraksak geçerliliğini sağlandığı belirlenmiştir (Tablo 4.6.).

Tablo 4.7. Tepki yanlılığı

Hotelling's T-Squared	F	Sd 1	Sd 2	p değeri
121,385	2,020	49	212	0,001

Sd: serbestlik derecesi; Hotelling's T-Squared: Hotelling'in T testi sonucu; F: F test sonucudur.

Ölçeğin tepki yanlılığı, Hotelling T² analiz yöntemiyle incelenmiştir (73). Hotelling's T-testi kullanılarak ölçekteki maddelerin hemşireler tarafından aynı şekilde algılanıp algılanmadığı ve maddelerin zorluk düzeyi ölçülmüştür. Buna göre, hemşirelerin bireysel düşünceleri doğrultusunda ölçekteki maddeleri cevapladıkları ve tepki yanlılığının olmadığı görülmüştür ($p < 0.05$) (Tablo 4.7.).

4.2.2 Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.8. Palyatif Bakım Hemşirelerinde Özyeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi
Ölçeği Maddelerinin Tanımlayıcı İstatistikleri

	Minimum	Maksimum	Ortalama	±Standart Sapma
S1	2,00	5,00	3,92	0,75
S2	2,00	5,00	3,87	0,77
S3	1,00	5,00	4,02	0,78
S4	0,00	5,00	3,87	0,87
S5	2,00	5,00	3,90	0,80
S6	1,00	5,00	3,89	0,86
S7	2,00	5,00	4,01	0,79
S8	0,00	5,00	3,94	0,89
S9	2,00	5,00	3,98	0,76
S10	1,00	5,00	4,04	0,79
S11	1,00	5,00	3,91	0,85
S12	1,00	5,00	3,90	0,83
S13	1,00	5,00	3,87	0,81
S14	0,00	5,00	3,93	0,83
S15	0,00	5,00	3,93	0,87
S16	1,00	5,00	3,86	0,85
S17	0,00	5,00	3,88	0,86
S18	1,00	5,00	3,87	0,84
S19	0,00	5,00	3,92	0,84
S20	1,00	5,00	3,91	0,84
S21	2,00	5,00	3,91	0,79
S22	1,00	5,00	3,89	0,85
S23	1,00	5,00	3,89	0,85
S24	1,00	5,00	3,87	0,83
S25	1,00	5,00	3,95	0,85
S26	1,00	5,00	3,95	0,79
S27	1,00	5,00	3,85	0,89
S28	0,00	5,00	3,91	0,88
S29	0,00	5,00	3,90	0,90
S30	0,00	5,00	3,97	0,84
S31	1,00	5,00	3,90	0,84
S32	0,00	5,00	3,91	0,85
S33	0,00	5,00	3,85	0,95
S34	0,00	5,00	3,89	0,90
S35	1,00	5,00	3,88	0,82
S36	0,00	5,00	3,92	0,87
S37	1,00	5,00	4,00	0,80

S38	0,00	5,00	4,01	0,85
S39	0,00	5,00	3,98	0,81
S40	2,00	5,00	4,08	0,76
S41	2,00	5,00	4,02	0,79
S42	1,00	5,00	4,02	0,79
S43	1,00	5,00	3,95	0,85
S44	1,00	5,00	3,99	0,78
S45	1,00	5,00	3,91	0,89
S46	1,00	5,00	4,00	0,86
S47	1,00	5,00	4,07	0,87
S48	2,00	5,00	4,19	0,72
S49	0,00	5,00	4,03	0,80
S50	1,00	5,00	3,99	0,82

Ölçeğin tüm maddelerinden alınan puan ortalamaları incelenmiş ve minimum $3,86 \pm 0,85$ puan maksimum $4,19 \pm 0,72$ puan alındığı görülmüştür (Tablo 4.8.).

Tablo 4.9. Palyatif Bakım Hemşirelerinde Öz Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi Ölçeği Güvenirlik Analizi

	Madde toplam puan korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach's Alpha
S1	0,628	0,969
S2	0,572	0,969
S3	0,450	0,969
S4	0,612	0,969
S5	0,531	0,969
S6	0,576	0,969
S7	0,666	0,969
S8	0,654	0,969
S9	0,662	0,969
S10	0,500	0,969
S11	0,648	0,969
S12	0,570	0,969
S13	0,644	0,969
S14	0,559	0,969
S15	0,603	0,969
S16	0,675	0,969
S17	0,559	0,969
S18	0,613	0,969
S19	0,576	0,969
S20	0,632	0,969

S21	0,636	0,969
S22	0,680	0,969
S23	0,641	0,969
S24	0,631	0,969
S25	0,702	0,968
S26	0,645	0,969
S27	0,654	0,969
S28	0,658	0,969
S29	0,682	0,969
S30	0,618	0,969
S31	0,579	0,969
S32	0,607	0,969
S33	0,654	0,969
S34	0,665	0,969
S35	0,621	0,969
S36	0,578	0,969
S37	0,542	0,969
S38	0,672	0,969
S39	0,651	0,969
S40	0,653	0,969
S41	0,655	0,969
S42	0,651	0,969
S43	0,536	0,969
S44	0,592	0,969
S45	0,604	0,969
S46	0,618	0,969
S47	0,603	0,969
S48	0,567	0,969
S49	0,573	0,969
S50	0,557	0,969

Palyatif Bakım Hemşirelerinde Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi Ölçeği güvenirlik çalışmasında ölçekteki maddelerin madde-toplam puan korelasyonları incelenmiştir. Tüm maddelerin madde toplam puan korelasyon değerlerinin 0,30 ve üzerinde olduğu görülmüştür. Yapı geçerliliği için kullanılan doğrulayıcı faktör analizine tüm maddelerin dahil edilmesinin uygun olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9.).

Tablo 4.10. Ölçüm Araçlarına İlişkin Güvenirlilik Analizi

Ölçek	Cronbach Alfa
Faktör 1 → Fiziksel İhtiyaçlar	0,784
Faktör 2 → Fiziksel İhtiyaçlar Diğer Semptomlar	0,816
Faktör 3 → Psikolojik İhtiyaçlar	0,785
Faktör 4 → Sosyal İhtiyaçlar	0,798
Faktör 5 → Manevi İhtiyaçlar	0,841
Faktör 6 → Fonksiyonel Durum	0,808
Faktör 7 → Etik ve Yasal Konular	0,806
Faktör 8 → Meslekler Arası İş Birliği İletişim	0,814
Faktör 9 → Hemşirelik Bakımı İle İlgili Kişisel Ve Mesleki Konular ¹	0,825
Faktör 10 → Yaşam Sonu Bakım	0,827
Palyatif Bakım Hemşirelerinde Özyeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi Ölçeği	0,969

Sonuçlar incelendiğinde, ölçek geneline ilişkin alfa değeri 0,969 olarak hesaplanmıştır. Faktörlere ilişkin alfa değerlerinin de 0,784 ile 0,841 arasında değiştiği görülmektedir.

Tablo 4.11. Yarıya Bölme Metodu (n=261)

Cronbach's Alpha	Bölüm 1 = S1, S3, S5, S7, S9, S11, S13, S15, S17, S19, S21, S23, S25, S27, S29, S31, S33, S35, S37, S39, S41, S43, S45, S47, S49.	0,940
	Bölüm 2= S2, S4, S6, S8, S10, S12, S14, S16, S18, S20, S22, S24, S26, S28, S30, S32, S34, S36, S38, S40, S42, S44, S46, S48, S50.	0,940
İki yarı arasındaki korelasyon		0,950
Spearman-Brown katsayısı		0,975
Guttman Split-Half katsayısı		0,974

Araştırmada, maddeler tek ve çift sıra numaralarına göre ortadan ikiye bölünmüştür. Sonuçlara göre iki yarı arasındaki korelasyon katsayısı ölçüm aracı için 0,70 üzerinde hesaplanmıştır.

Tablo 4.12. Ölçüm Araçlarına İlişkin Güvenirlik Analizi

		Ortalama	Standart sapma	r (korelasyon)	p değeri
Faktör 1	Ön test	20,10	2,43	0,784	0,001
	Son test	19,53	3,07		
Faktör 2	Ön test	20,57	2,99	0,924	0,001
	Son test	20,20	3,43		
Faktör 3	Ön test	19,63	2,75	0,820	0,001
	Son test	19,00	3,18		
Faktör 4	Ön test	19,57	2,93	0,792	0,001
	Son test	18,63	3,79		
Faktör 5	Ön test	19,47	3,09	0,763	0,001
	Son test	18,70	3,72		
Faktör 6	Ön test	19,40	2,82	0,752	0,001
	Son test	18,60	3,77		
Faktör 7	Ön test	19,00	4,01	0,983	0,001
	Son test	18,80	4,11		
Faktör 8	Ön test	19,87	3,23	0,952	0,001
	Son test	19,70	3,95		
Faktör 9	Ön test	20,27	2,61	0,490	0,006
	Son test	19,43	3,38		
Faktör 10	Ön test	20,83	2,93	0,888	0,001
	Son test	20,17	3,69		
Ölçek Genel	Ön test	198,70	23,11	0,908	0,001
	Son test	192,77	29,10		

Son test sonuçlarına göre ölçek genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu dolayısıyla ölçeğin zamana karşı tutarlı olduğu tespit edilmiştir. Sonuçlara göre ölçek geneli değerlendirildiğinde iki ölçüm arasındaki korelasyon değeri 0,908 olarak hesaplanmıştır. Tüm alt boyut ve ölçek geneli ölçümlerde birinci ve ikinci ölçüm arasındaki ilişkiler anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde Palyatif bakım hemşirelerinde öz yeterliliği değerlendirmek amacıyla “PCNSC-Palyatif Bakım Hemşireliği Öz Yeterlilik Ölçeği”nin geçerlik ve güvenirlik çalışması tartışılmıştır.

Geçerlilik, bir ölçme aracının ölçmeyi hedeflediği özelliği ne derece doğru ve tutarlı bir şekilde başka bir özellik ile karıştırmadan ölçebilme derecesini ifade etmektedir (71,78). Çalışmada kapsam geçerliği, yüzey geçerliği ve yapı geçerliği incelenmiştir. Ölçeğin kapsam geçerliliği için KGİ hesaplandı. Literatür çalışmaları incelendiğinde KGİ hesaplanırken en az üç en fazla yirmi uzman görüşüne ihtiyaç duyulduğu görülmektedir (69). Her bir maddenin kapsam geçerlik oranının 0,80 ve üzerinde olması istenmekte olup 0.80 üzerinde ise kapsam geçerliliği için uygun kabul edilmektedir (69,71). Bu çalışmada, 10 uzmanın görüşü alındıktan sonra hesaplanan KGİ değeri 0,96 olarak bulunmuştur. Ölçeğin KGİ değerinin istenen düzeyde olması, ölçeğin Türkçe versiyonunun uzmanlar arasında ölçüm amacına uygunluk sağlaması ve görüş birliğinin sağlanmış olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda ölçeğin kapsam geçerliliği sağlanmıştır.

10 alt boyutlu olarak hazırlanan “Palyatif Bakım Hemşireliği Öz Yeterlilik Ölçeği’nin” yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapıldı. Faktör analizinin amacı, ölçek maddelerinin farklı boyutlar altında test edilmiş bir ilişkinin varlığını inceleyerek yeni faktörleri oluşturmayı sağlamaktır (65,68). Literatürde, bir ölçeğin başka bir kültüre veya topluma uyarlanması, ölçek madde sayısının en az 5-10 katı sayıda örnekleme yapılması gerektiği ifade edilmektedir (61,62,63,64). Bu çalışmada, 50 maddelik ölçek için, ölçek madde sayısının en az 5 katı kadar örnek alınarak palyatif bakım hemşiresi, yoğun bakım hemşiresi ve onkoloji hemşireleri olmak üzere toplam 261 hemşire üzerinde geçerlik güvenirlik analizleri yapılmıştır.

Doğrulayıcı faktör analizinde faktör yüklerinin istatistiksel olarak anlamlı olması kadar büyüklüğü de önemlidir. Faktör yükü için sınır değeri 0,30 olarak kabul edilmektedir (74). Sonuçlara göre tüm maddelerin faktör yük değerlerinin 0,30 üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin maddelerinin faktör

yükleri 0,30'un altında olmadığı için ölçekten madde çıkarılmamış ve faktör yükleri güçlü kabul edilmiştir. Ayrıca, tüm maddelerin madde-toplam test korelasyon değerlerinin 0,309 ile 0,666 arasında değişkenlik göstermiştir. Ölçekte yer alan maddelerin ayırt ediciliklerini belirlemek amacıyla, ölçekten elde edilen ham puanlar büyükten küçüğe sıralanmıştır. Daha sonra, alt %27 ve üst %27'de yer alan grupların puan ortalamaları bağımsız grup t-testi ile karşılaştırılması yapılmıştır. Karşılaştırma sonucunda, alt ve üst grup madde puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçtan hareketle, ölçeğin istenen niteliği ölçme açısından ayırt edici olduğu söylenebilir.

Doğrulayıcı faktör analiz sonuçlarına göre, ölçeğin yapısal denklem modeli (Structural Equation Modeling Results), $p=0,001$ düzeyinde anlamlı olarak değerlendirilmiş ve ölçeği oluşturan 50 madde ile 10 faktörlü ölçek yapısı arasında ilişki belirlenmiştir. Modelde aynı faktörün hataları arasında kovaryans oluşturma gereği duyulmuştur. Birinci düzey çok faktör analizi sonuçlarına göre, ölçeğin mükemmel düzeyde bir uyum gösterdiği ifade edilebilir (75,76). Sonuç olarak, ölçeğin yapı geçerliliğinin sağlandığı tespit edilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi sonucuna göre, ilgili modelin teorik yapısının yeterli bir şekilde açıklandığı belirlenmiştir (73). Maddelerin belirlenen alt boyutları yeterince temsil ettiği ve benzer oranda dağıldığı ve ölçme aracının ülkemiz için geçerli olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

Çalışmalarda AVE değerinin 0.50 üzeri CR değerinin ise 0.70 üzerinde olması istenmektedir. Çalışmamızda 10 maddenin alt boyutlarında AVE değerine bakıldığında 0.40-0.49 arasında olduğu görülmektedir. CR değerlerine bakıldığında ise 0.77 ile 0.83 arasında olduğu görülmektedir. Literatür çalışmalarında diğer güvenilirlik kriterleri sağlanabiliyorsa 0.50' nin biraz altında kalan değerlerin kabul edilebileceği ifade edilmektedir (81). İlgili kriterlerin sağlanması durumunda ölçüm aracının yakınsak ve ıraksak geçerliğin sağlandığı sonucuna varılmıştır.

Hotelling's T- testi ile ölçeğin tepki yanlılığı değerlendirildiğinde, ölçekte yer alan soruların katılımcılar tarafından aynı yaklaşımla algılandığı ve bireylerin kendi görüşlerine göre maddeleri cevapladıkları, ölçeklerde tepki yanlılığı olmadığı belirlenmiştir (73).

Bir ölçme aracının ölçtüğü özelliği doğru olarak ölçebilmesi ve geçerli sayılabilmesinin ilk koşulu onun güvenilir olmasıdır. Farklı zaman dilimlerinde yapılan ölçümler, ölçek maddelerine verilen yanıtların tutarlılığı veya değişmezliği ölçeğin güvenilirliğini ifade etmektedir (80, 82).

Ölçek güvenilirliğinin değerlendirilmesinde Cronbach Alfa katsayısı hesaplanması önerilmektedir. İç tutarlılık değerlendirme ölçütüne göre, Cronbach Alfa katsayısı $0,00 \leq \alpha \leq 0,40$ arasında ölçek güvenilir değildir; $0,40 \leq \alpha \leq 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir; $0,60 \leq \alpha \leq 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirirdir; $0,80 \leq \alpha \leq 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir olduğu ifade edilmektedir (78). Çalışmamızda Cronbach Alfa ölçek toplamı için; 0,969, ‘Fiziksel İhtiyaçlar: Ağrı alt boyutu’, için 0,784, ‘Fiziksel İhtiyaçlar: Diğer Semptomlar alt boyutu için’ 0,816, ‘Psikolojik İhtiyaçlar alt boyutu için’ 0,785, ‘Sosyal İhtiyaçlar alt boyutu için’ 0,798, ‘Manevi İhtiyaçlar alt boyutu için’ 0,841, ‘Fonksiyonel Durum alt boyutu için’ 0,808, ‘Etik ve Yasal Konular alt boyutu için’ 0,806, ‘Meslekler Arası İş Birliği İletişim alt boyutu için’, 0,814, ‘Hemşirelik Bakımı İle İlgili Kişisel Ve Mesleki Konular alt boyutu için’ 0,825, ‘Yaşam Sonu Bakım alt boyutu için’ 0,827 bulunmuştur. Bu değerler ile ölçek toplamı, Fiziksel İhtiyaçlar: Diğer Semptomlar, Manevi İhtiyaçlar, Fonksiyonel Durum ve Etik ve Yasal Konular, Meslekler Arası İş Birliği İletişim, Hemşirelik Bakımı İle İlgili Kişisel Ve Mesleki Konular, Yaşam Sonu Bakım alt boyutları yüksek derecede güvenilir; Fiziksel İhtiyaçlar: Ağrı, ‘Psikolojik İhtiyaçlar, Sosyal İhtiyaçlar alt boyutları oldukça güvenilir bulundu.

Desbiens ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılan çalışmada, orijinal ölçeğin saptanan Cronbach Alfa katsayısı 0.95 olduğu için, bu çalışmanın sonuçları çok yakındır (14).

Ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek amacıyla yapılan madde toplam puan korelasyon katsayılarının yüksek olması, ölçülen teorik yapıya uygunluğu gösterir. Literatürde, korelasyon katsayısının 0.30 ve üzerinde olması önerilmektedir. Ölçekte bulunan tüm maddelerin madde-toplam puan korelasyonları incelendiğinde, tüm maddelerin madde toplam puan korelasyon değerlerinin 0,30 ve üzerinde olduğu görülmüştür.

İç tutarlılık analizlerinde yarıya bölme yöntemi ile yapılan güvenirlik incelemelerinde Gutman ve Spearman Brown güvenirlik katsayıları kullanılmaktadır. Yarıya bölme yöntemi, bir ölçüm aracının güvenirliğini değerlendirmek için kullanılan bir yöntemdir. Örneklemin her iki yarısından alınan puanların benzer olması, ölçeğin güvenirliği hakkında bilgi sağlar. Bu yöntem genellikle ölçeğin maddelerini tek ve çift numaralı olmak üzere iki gruba ayırarak ya da maddeleri rastgele iki gruba bölünmesi şeklinde uygulanabilir (77,79). Yarıya bölme metodu sonucunda ölçeğin güvenilir olması için korelasyon katsayısının 0.70 üstünde olması istenmektedir (65,71,78,83). Çalışmamızda iki yarı arasındaki korelasyon katsayısı 0.95 olarak bulunmuştur. Bu bulgular bize ölçeğin bütünü ve alt boyutlarının güvenilir olduğunu göstermektedir.

Test tekrar test ölçeğin kararlılığını değerlendirmiştir ve bu test sonuçlarına göre ölçek genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Ayrıca, tüm alt boyutlar ve ölçek geneli ölçümlerde birinci ve ikinci ölçüm arasındaki ilişkiler anlamlı bulunmuştur. Bu, ölçeğin zamana karşı tutarlı olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 SONUÇ

Sonuç olarak;

- Ölçeğin dil ve kapsam geçerliği (KGİ) değerinin 0,96 olarak ölçüldüğü, bu da kabul edilebilir bir düzeyde olduğu,
- Ölçeğin yapı geçerliliğinin sınanması için yapılan doğrulayıcı faktör analizinde, modelin uyum göstergelerinin (χ^2/df (CMIN/df) 1,468, RMSA 0,42 ve CFI 0,916) ve 10 alt boyutlu yapının doğrulanması sonucu mükemmel uyum gösterdiği
- Palyatif Bakım Hemşireliği Öz-yeterlik Ölçeği toplam boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0,969, ölçeğin alt boyutlarına ilişkin Cronbach Alfa katsayıları, 'Fiziksel İhtiyaçlar: Ağrı alt boyutu', için 0,784, 'Fiziksel İhtiyaçlar: Diğer Semptomlar alt boyutu için' 0,816, 'Psikolojik İhtiyaçlar alt boyutu için' 0,785, 'Sosyal İhtiyaçlar alt boyutu için' 0,798, 'Manevi İhtiyaçlar alt boyutu için' 0,841, 'Fonksiyonel Durum alt boyutu için' 0,808, 'Etik ve Yasal Konular alt boyutu için' 0,806, 'Meslekler Arası İş Birliği İletişim alt boyutu için', 0,814, 'Hemşirelik Bakımı İle İlgili Kişisel Ve Mesleki Konular alt boyutu için' 0,825, 'Yaşam Sonu Bakım alt boyutu için' 0,827 bulunduğu,
- Palyatif bakım alanlarında çalışan hemşirelerin öz yeterliliklerini değerlendirmede kullanılacak 'Türkçe Palyatif Bakım Hemşireliği Öz yeterlik Ölçeği' Türk toplumuna uygulanabilir geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlendi.

6.2 ÖNERİLER

Araştırma sonuçları doğrultusunda;

- Palyatif Bakım Hemşireliği Öz-yeterlik Ölçeği Türkiye’de Palyatif Bakım, Yoğun bakım ve Onkoloji Ünite ve Servislerinde çalışan hemşirelerin öz yeterlilik düzeylerinin belirlenmesine yönelik çalışmalarda kullanılabilir.
- Pediatrik hasta grupları ile çalışan hemşireler ve diğer alanlara spesifik olarak gerçekleştirilecek çalışmalarda ise geçerlik ve güvenirlik analizlerinin tekrarlanması sonucunda kullanılabilir.



7. KAYNAKLAR

(Bu tez çalışmasında Vancouver atıf sistemi kullanılmıştır.)

- 1-Eser B, Küçük S. Yaşlanan nüfus, sorunlar ve politikalar: türkiye için bir değerlendirme. Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi. 2020;12(2):541-556.
- 2-Who. World Health Organization; [Erişim tarihi: 14.05.2024]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
- 3- Tük [internet]. Türkiye İstatistik Kurumu; 2024 [Erişim tarihi: 14.05.2024]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2023-53710>
- 4-Temelli G. Palyatif bakım veren hemşirelerin ölüme ilişkin algısı ve palyatif bakım uygulamaları [Yüksek lisans tezi]. Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.
- 5- NBA, Ceran MA. Kronik hastalıklar ve rehabilitasyon hemşireliği. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2019;3(2):140-152.
- 6- DSÖ. Palliative Care Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. 2023.
- 7-Özdemir F. palyatif bakım alan hastaların yakınlarının yaşadıkları psikososyal sorunlar ile dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016
- 8- Özçelik S. Palyatif bakıma bakış ve hemşireliğin rolü. J Med Palliat Care 2020. 2020;1(3):76-82.
- 9- Yapar, H.H, Palyatif Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum Ve Davranışlarının İncelenmesi, [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
- 10- Özer Z, DY, EKA, Bölüktaş RP. Hemşirelerin palyatif bakım hastalarında manevi bakım uygulamaları. Çekmece İzü Sosyal Bilimler Dergisi. 2019; 7 (14):97-108.
- 11- Şen S, Aygin D, Sert H. Palyatif Onkolojik Tedaviler Ve Bakım. OTSBD. Mart 2016; 1(1):21-35.
- 12- Karahan A, Kav S. Hemşirelikte mesleki yetkinlik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2018; 5(2):160-168
- 13- Bandura, A., Social foundations of thought and action. A social cognitive theory. New Jersey: Prentice-Hall. (1986).
- 14- Desbiens, J And Fillon, L Development Of The Palliative Care Nursing Self-Competence Scale. Journal of Hospice & Palliative Nursing, (2011) ;13(4), 230–241.
- 15-TDK, (2024, Ocak). Palyatif bakım. Türk Dil Kurumu. <https://tdk.gov.tr/>
- 16-Sekse RJT, Hunskaar I, Ellingsen S. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. J Clin Nurs. 2018 Jan;27(1-2):e21-e38
- 17- WPCA, Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. WPCA London, 2020.
- 18- Karakaya C, Işıkhani V. Palyatif bakım hastalarına bakım veren aile üyelerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2020;31(4):1437-1458.

- 19- Balta GK, Bekiroğlu S. Palyatif bakımda psikososyal destek hizmetlerinin önemi. çalışma ve toplum. Çalışma ve Toplum. 2021;4(71): 2797-2812.
- 20- Kostak MA, Akan M. Terminal dönemdeki çocuğun palyatif bakımı. Türk Onkoloji Dergisi. 2011; 26(4):182-192.
- 21- Sarman A. Palyatif/pediyatrik palyatif bakımın tarihsel gelişim süreci, ilkeleri ve hemşirelik bakımı. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;8(3):153-160.
- 22-Yılmaz AA, Kav S, İç Hastalıkları Hemşireliğinde Güncel Konular. İL : Nobel Kitabevi; 2023
- 23- Hui, D., & Bruera, E. Models of integration of oncology and palliative care. Annals of palliative medicine. 2015;4(3), 89-98.
- 24- Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, Palyatif Bakım: Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım. 1. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2017; 4-6.
- 25- Filiz S, Palyatif Bakım Kliniğinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, [Yüksek lisans tezi], İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,(2017).
- 26-Gürsan, K. ve Erdoğan, B. (2022). Dünyada Palyatif Bakım, Palyatif Bakımda Temel Uygulamalar Ve Rehabilitasyon (s. 9-11). Ankara, İksad Yayınevi.
- 27- Aslan Y. Türkiye’de ve Dünya’da palyatif bakım modellerine genel bakış. Anadolu Güncel Tıp Derg. 2020; 2: 19-27.
- 28- Kabalak A, Kahveci K, Gökçınar D, Özdoğan N, Çağır H. Structuring of palliative care in Ankara Ulus State Hospital. J Palliat Care Med. 2013; 3: 1000162
- 29- Koç A. Türk tıp tarihinde palyatif bakım. JARSS. 2021;29(3):159-64.
- 30- Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi. 2010; 1:1-6.
- 31-Uslu FŞ, Terzioğlu F. Dünyada ve türkiye’de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2015; 4(2):81-90.
- 32- TBMM-Türkiye Büyük Millet Meclisi Kanseri Hastalığı Konusunun Araştırılarak Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. (Rapor No: TBMM: 648). Ankara. Türkiye Büyük Millet Meclisi. (2010)
- 33- Uyar M, Köken İŞ. Ülkemizde palyatif bakımın güncel durumu, sorunlar ve öneriler. Çay Şenler F, editör. Onkolojide Palyatif Bakım. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020, 11- 4
- 34-T.C Sağlık Bakanlığı, <https://www.saglik.gov.tr/> İnternet Erişimi: 01.05.2024
- 35-Yıldırım, A. (2013). Estetik bilme ve hemşirelik. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(1), 69-76.
- 36-ICN, ((International Council of Nursing). <http://www.icn.ch/> İnternet Erişimi:02.05.2024
- 37- Aksakal, H., Kahveci, K., & Koç, O. (2018). Palyatif Bakım Hemşireliği El Kitabı (Ss. 15-24). Akademisyen Kitabevi.
- 38-Bandura, A. (1982). “Self-Efficacy Mechanism in Human Agency”. American Psychologist. 37. 122-147
- 39-Kansu, A. F. ve Hızlı Sayar, G. (2018). Öz yeterlik, yaşam anlamı ve yaşam bağlılığı kavramları üzerine bir inceleme. Üsküdar Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi, (1), 78-89

- 40-Bandura, A. 1977. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- 41- Telef, B., & Karaca, R. Ergenlerin Öz-Yeterliliklerinin Ve Psikolojik Semptomlarının İncelenmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2013; 8(16), 499-518
- 42-Uysal, D. A. (2016). Hemşirelerin öz yeterlilik düzeyleri ile ebeveynleri bakıma katmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı
- 43-Üngüren E, Ercan E. Sessizleşen Örgütlerde Öz Yeterlilik Algısının Rolü: Alanya'daki Konaklama İşletmeleri Üzerinde Bir Araştırma. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 2015; 7(2): 115-156
- 44-Kaçar, T., & Beycioğlu, K. İlköğretim öğretmenlerinin öz yeterlik inançları. *İlköğretim Online*, 2017; 16(4), 1753-1767.
- 45-Kurbanoglu S. Öz-Yeterlik İnancı ve Bilgi Profesyonelleri İçin Önemi. *Bilgi Dünyası*, 2004; 5(2): 137-152.
- 46- Müllner-Huber, A., Anton-Boicuk, L., Pronizius, E., Lengersdorff, L., Olsson, A., & Lamm, C. The causal role of affect sharing in driving vicarious fear learning. *PloS one*, 2022; 17(11), e0277793.
- 47-Pajers F. Overview of Social Cognitive Theory and of Self Efficacy. 2002 <https://people.wku.edu/richard.miller/banduratheory.pdf> İnternetErişimi:07.05.2024
- 48- Bandura A. Self-Efficacy. *Enclopedia of Human Behavior*, 1994; 4: 71-81.
- 49- Muris, P. Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in anormal adolescent sample. *Personality and Individual Differences*, 2002; 32, 337–348.
- 50-. Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press.
- 51-Coşkun, A. B. Ergenlerin Öz Yeterlilik Düzeyleri İle Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ;2018.
- 52-Yaşar, M. Eğitimde ölçme ve değerlendirme dersine yönelik tutum ölçeğinin geliştirilmesi. *Eğitim Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 2014; 4(1)
- 53- Ekici G. Akademik öz yeterlilik ölçeği: türkçe uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2012; 43:174-185.
- 54-Doğanay A, Ataizi M, Şimşek A, Balaban Salı J, Akbulut Y. Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri. *Anadolu Üniversitesi*; 2018 [Erişim tarihi: 14.05.2024]. Erişim adresi: <https://ets.anadolu.edu.tr/storage/nfs/ARY101U/ebook/ARY101U-12V1S1-8-0-1-SV1-ebook.pdf>
- 55-Kaçmaz ED, Çam MO. Psikiyatri hastalarına bakım veren hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşim düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2019; 10(1):65-74.
- 56- Toru F. Hemşirelik uygulamalarının kilit noktası: bireyselleştirilmiş bakım. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2020; 4(1):46-59.
- 57-Bandura A. Social cognitive theory [internet]. *Behavior İnstitutie*; 1985 [Erişim tarihi: 08.08.2023]. Erişim adresi: <https://www.besci.org/models/social-cognitive-theory>.

- 58- Feng M, Wang F, Liu Q, Yang BX, Hao J. Validation of the simplified chinese palliative care nursing self-competence scale: two cross-sectional studies. *Western Journal of Nursing Research*. 2023; 45(11):1043-1052
- 59- PL, Juvet T, Desbiens J, Tapp D, JP, Borne M. Factors affecting attitudes towards caring for terminally ill patients among nursing students in switzerland: a crosssectional study. *Bmj Open*. 2020;10: e037553.
- 60- Hafiz A. Enhancing the competence of undergraduate nursing students to care for dying children in saudi arabia [PhD Thesis]. Saudi Arabia: School Of Nursing Faculty Of Health Queensland University of Technology; 2017.
- 61- Gök Metin Z., Helvacı A. Dispne-12 Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2018; 5(2)
- 62- Tekkurşun Demir, G., Cicioğlu, Hİ., (2019). Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği (SBİTÖ): Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 4(2), 256-274
- 63- Kurnaz Mehmet A, Yiğit N, Necatibey Eğitim Fakültesi Elektronik Fen ve Matematik Eğitimi Dergisi (EFMED) Cilt 4, Sayı 1, Haziran 2010, sayfa 29-49.
- 64- Dost A, Bahçecik AN. (2015) Developing a scale for the image of nursing profession. *EAH JAREN*. 2015;1(2):51-59.
- 65- Aksayan S, Özüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber 11: psikometrik özellikler kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2002 ;(1):3-14.
- 66-MM, AÇ, Gürbey S. Öğretmenlerin uzaktan eğitime ilişkin görüşlerini belirleme ölçeği: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Uluslararası Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*. 2021; 4(1):15-35.
- 67-Türkoğlu N, Kılıç D. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2021; 24(1): 25-33.
- 68-Orçan, F., (2018). Exploratory and confirmatory factor analysis: which one to use first?. *Journal of Measurement and Evaluation in Education and Psychology*, 9(4), 413-421.
- 69-Yurdugül H. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliliği İçin Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. *Xiv. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi*; 28-30 Eylül 2005; Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi -Denizli, Türkiye.
- 70- Kartal SK, Mor Dirlik E. Geçerlik kavramının tarihsel gelişimi ve güvenilirlikte en çok tercih edilen yöntem: cronbach alfa katsayısı. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2016; 16(4):1865-1879.
- 71- Tezbaşaran A. Likert Tipi Ölçek Geliştirme Klavuzu. 2. Baskı Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayını, (1997).
- 72-Ural, A. ve Kılıç, İ. (2006). Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi. (Genişletilmiş İkinci Baskı), Ankara: Detay Yayıncılık.
- 73-Özdamar, K. (2017). Ölçek ve test geliştirme yapısal eşitlik modellemesi IBM SPSS, IBM SPSS AMOS ve MINTAB uygulamalı. Eskişehir: Nisan Kitabevi, 78-79.
- 74-Seçer, İ. (2018). Psikolojik test geliştirme ve uyarlama süreci: SPSS ve LISREL uygulamaları. Anı yayıncılık.
- 75-Wong, A., & Carlback, J. (2018). A Study on Factors Influencing Acceptance of Using Mobile Electronic Identification Applications in Sweden.

- 76-Simon, D., Kriston, L., Loh, A., Spies, C., Scheibler, F., Wills, C., & Härter, M. Confirmatory factor analysis and recommendations for improvement of the Autonomy-Preference-Index (API). *Health expectations*, 2010; 13(3), 234-243.
- 77-Alpar R. Uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik.2. Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık, 2013.
- 78-Tavşancıl, E. (2005). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS İle Veri Analizi. Ankara, Nobel Basımevi.
- 79-Baykul, Y. (2015). Eğitimde ve psikolojide ölçme: klasik test teorisi ve uygulaması. Pegem Akademi.
- 80-Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- 81-Berthon, P., Ewing, M., & Hah, L. L. Captivating company: dimensions of attractiveness in employer branding. *International Journal of Advertising*; 2005; 24(2), 151-172.
- 82- Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 30 (3): 211–216.
- 83-Şencan, H. (2005). Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenirlik ve geçerlilik, (1. Baskı sy.112). Ankara: Seçkin Yayıncılık

8. EKLER

EK -1

ÖLÇEK İZİNİ

←

📎

🕒

🗑️

✉️

🕒

🔍

📄

⋮

2 ileti dizisinden 1.

Best regards,

J

██████████s ██████████

8 Oca 2023 00:09

☆ 😊 ↩️ ⋮

Alici: ben ▼

📎

Türkçe diline çevir

⚙️

Dear Ay: ██████████

Thank you for your interest in the Palliative Cadre Nursing Self-Competence Scale (PCNSC). I give you the authority to use the English version of the PCNSC in your research. Attached you will find the scale and the theoretical framework I used to develop it. I recommend you use the 5-point answer scale, as indicated in the theoretical framework document. You can compute a score for each of the 10 domains using the mean. You can also compute a total score for the 50 items using the mean again. So, your scores will all vary from 0 to 5. A higher score represents a higher sense of self-competence.

Please do not disseminate these documents, these are only intended to be used in your personal research. When your research will be published, please acknowledge ██████████

EK-2

ETİK KURUL İZİN FORMU



Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

[Redacted]

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi,
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelik

Sayın [Redacted],

“PALYATİF BAKIM HEMŞİRELİĞİ ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ’NİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI” adlı [Redacted] kuruluna yapmış olduğunuz başvurunuz (Protokol NO. 2023/518) kurulumuzun 22.12.2023 tarihli ve 2023/11 toplantısında değerlendirilerek etik olarak **uygun bulunmuştur**. Bilgilerinize sunarız.

Prof. Dr. [Redacted]

EK-3

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı ‘PALYATİF BAKIM HEMŞİRELİĞİ ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ’NİN TÜRKÇE GEÇERLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI’dır. Bu araştırma çeşitli sağlık bakım ortamlarında ve toplumda, yaşamı sınırlayan bir hastalık yaşayan veya yaşamın sonunda olan yetişkin hastalara ve ailelerine bakım veren hemşireler arasında algılanan öz yeterlilik kavramını ölçmeyi amaçlamaktadır. Bu çalışmada size ‘ Palyatif Bakım Hemşireliği Öz Bakım Yeterlik Ölçeği (PCNSC)’ uygulanacaktır. Bu çalışmada yer almanız için öngörülen süre 10-15 dakikadır. Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı en az 250 kişi olup anketimiz internet ortamı üzerinde çevrimiçi olarak uygulanacaktır. Araştırma da sizi ilgilendirecek herhangi bir gelişme olması durumunda, bu size ya da yasal temsilcinize iletilecektir. Araştırma süresi içerisinde çalışma ile ilgili herhangi bir durum veya istenmeyen etki, araştırma hakkında ek bilgi almak için [REDACTED] telefon numarası üzerinden iletişime geçebilirsiniz.

Palyatif bakım hemşireliği alanında, daha yüksek düzeyde öz-yeterliğe sahip hemşirelerin, yaşamı sınırlayan ya da tehdit eden hastalığı olan hastalara bakım verirken daha yüksek performans gösterdiği varsayılmaktadır. Bu araştırma hemşirelerin öz-yeterlik düzeyinin belirlenmesini ve geliştirilmesini sağlamada literatüre katkı sağlayacaktır. Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma süresince herhangi bir risk veya zarar ile karşılaşmanız beklenmemektedir. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında, yeterli yanıt verilmemesi, çalışma programının aksatılması gibi nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm kişisel ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.

Bu araştırma ile ilgili olarak araştırmacı tarafından verilen çevrimci anketleri eksiksiz bir şekilde doldurmak ve çevrimiçi anketi palyatif alanında tanıdığınız en az bir hemşireye göndermeniz sizin sorumluluğunuzdur.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.