



T.C. BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PALYATİF BAKIM HASTALARININ ve HEMŞİRELERİN İTİBARLI
BAKIMA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

Yasemin ESKİGÜLEK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA, 2018



T.C. BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PALYATİF BAKIM HASTALARININ ve HEMŞİRELERİN İTİBARLI
BAKIMA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Yasemin ESKİGÜLEK

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Sultan KAV

ANKARA, 2018



T.C
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Yasemin Eskigölek tarafından yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 15/08/2018

Tez Konusu: “Palyatif Bakım Hastalarının ve Hemşirelerin İtibarlı Bakıma İlişkin Görüşleri”

TEZ DANIŞMANI: Prof. Dr. Sultan Kav

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Prof. Dr. Sultan Kav

Dr. Öğr. Üyesi İmatullah Akyar

Dr. Öğr. Üyesi Banu Çevik

Başkent Üniversitesi

Hacettepe Üniversitesi

Başkent Üniversitesi

ONAY: Bu tez, Başkent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun 17... / 08... / 2018 tarih ve 38-4. Karar Sayısı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Rengin ERDAL
Enstitü Müdürü



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 17 / 08 / 2018

Öğrencinin Adı, Soyadı: Yasemin Eskigölek

Öğrencinin Numarası: 21610433

Anabilim Dalı: Hemşirelik

Programı: Tezli Yüksek Lisans

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı: Prof. Dr. Sultan KAV

Tez Başlığı: Palyatif Bakım Hastalarının ve Hemşirelerin İtibarlı Bakıma İlişkin Görüşleri

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 69 sayfalık kısmına ilişkin, 09/08/2018 tarihinde tez danışmanım tarafından "Turnitin" adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 5'tir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

"Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını" inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:

Onay

11 / 09 / 2018

Prof. Dr. Sultan KAV

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve çalışmanın hazırlanması sürecinde engin bilgi ve deneyimiyle bana rehberlik eden ve her zaman yanımda olan saygıdeğer danışmanım Prof. Dr. Sultan KAV'a;

Tez konusunu belirlememde ilham kaynağı olan ve ayrıca jüri üyesi olarak verdiği değerli geri bildirimlerden dolayı Dr. Öğr. Üyesi Banu ÇEVİK'e;

Jüri üyesi olarak verdiği değerli geri bildirimleriyle tezime katkı sağlayan Dr. Öğr. Üyesi İmatullah AKYAR'a;

Hasta İtibar Envanteri'nin Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmasına izin veren Dr. Harvey Max CHOCHINOV'a;

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'ni tez çalışmamda kullanabilmem için gerekli izni veren Prof. Dr. Ömer AYDEMİR'e;

Uzman görüşleri ile katkıda bulunan Prof. Dr. Şeref KÖMÜRCÜ, Doç. Dr. Ayfer ELÇİGİL; Doç. Dr. Ebru Kılıçarslan TÖRÜNER, Doç. Dr. Figen ARI İNCİ; Dr. Öğr. Üyesi İmatullah AKYAR; Dr. Öğr. Üyesi Banu ÇEVİK; Dr. Öğr. Üyesi Seda ATTEPE ÖZDEN, Dr. Gülcan BAĞÇIVAN, Bilim Uzmanı Hemşire Aysın KAYIŞ ve Uzman Psiko-onkolog Ozan BAHÇIVAN'a;

Envanterin geri çevirisindeki katkılarından dolayı Dilbilim Uzmanı Işıl UNUTMAZ'a;

Nitel araştırma konusunda kendisinden ders aldığım kıymetli hocam Prof. Dr. Veysel SÖNMEZ'e;

Nitel verilerin analizindeki katkılarından dolayı Doç. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK'a;

Doğrulayıcı faktör analizi konusunda kendisinden danışmanlık aldığım Doç. Dr. Serdal Kenan KÖSE'ye;

Kliniklerde çalışma yapabilmem için gerekli izinleri veren Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Başhekimisi Prof. Dr. Ahmet DEMİRCAN; Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Bülent AYTAÇ; İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. S. Turgay ARINSOY; Medikal Onkoloji Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Aytuğ ÜNER;

Gastroenteroloji Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. G. Şükrü DUMLU ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. R. Onur KARABACAK'a;

Kurumda çalışma yapabilmem için gerekli izinleri veren Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Başhekimi Prof. Dr. Adnan TORGAY ve izin sürecindeki katkılarından dolayı Hemşirelik Hizmetleri Müdürü Dr. Öğr. Üyesi Ziyafet UĞURLU; Blok Sorumlusu Hemşire Aysun CEYLAN ve Eğitim Hemşiresi Asuman ERSAYIN'a;

Çalışmaya katılan tüm hastalara ve meslektaşlarıma;

Hastalardan onam alma aşamasındaki katkılarından dolayı çalışma yaptığım kliniklerdeki tüm meslektaşlarıma;

Yüksek lisans eğitimim boyunca manevi desteklerini esirgemeyen başta Gazi Hastanesi Jinekoloji Kliniği Sorumlu Hemşiresi Selmin KARAVELİOĞLU olmak üzere tüm mesai arkadaşlarıma ve bu eğitimi almamda öncülük eden değerli arkadaşım Neslihan UZEL'e;

Eğitimim boyunca kurumsal destekleriyle yardımcı olan Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü Bilim Uzmanı Hemşire Figen BUCAK ve ekibine;

Eğitimim boyunca değerli emeklerini esirgemeyen saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Nalan Özhan ELBAŞ, Prof. Dr. Azize KARAHAN, Prof. Dr. Hayriye ÜNLÜ, Prof. Dr. Lale TAŞKIN; Doç. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK, Dr. Öğr. Üyesi Fatma Şeyda ÖKDEM ve Öğr. Gör. Aysel ABBASOĞLU'na;

Çalışma boyunca manevi desteğiyle her zaman yardıma koşan sevgili arkadaşım Gülçin ŞAHİN'e;

Her zaman beni destekleyen ve bana umut veren değerli eşim Mehmet Murat ESKİGÜLEK'e;

Tüm varlıklarını bana adayan ve her zaman bana destek olan başta annem Ayşe USLU, babam Ali USLU, kardeşlerim Şerif USLU ve Azime ZENGİN olmak üzere tüm aile ve dostlarıma en içten teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Eskigölek, Yasemin. Palyatif Bakım Hastalarının ve Hemşirelerin İtibarlı Bakıma İlişkin Görüşleri. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı, 2018.

Bu çalışma palyatif bakım hastalarının ve bu alanda çalışan hemşirelerin itibarlı bakım konusundaki görüşlerinin incelenmesi ve Hasta İtibar Envanteri'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı ve metodolojik tipteki bu araştırma iki aşamadan oluşmaktadır. İlk aşama Chochinov ve arkadaşları tarafından Kanada'da geliştirilen "Hasta İtibar Envanteri'nin" Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması olup örneklemini Ankara'da iki üniversite hastanesinin kliniklerinde yatan 127 ileri evre kanser hastası oluşturmuştur. Çalışmada demografik form, Palyatif Performans Skoru, Hasta İtibar Envanteri ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Hasta İtibar Envanteri ilk uygulamadan en az bir hafta sonra 32 hastaya tekrar uygulanmıştır. İkinci aşamada ise 10 palyatif bakım hastası ve bu hastalarla çalışan 10 hemşirenin itibarlı bakıma ilişkin görüşleri birebir yarı yapılandırılmış görüşme tekniğiyle incelenmiştir. Çalışma Şubat-Temmuz 2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

Hasta İtibar Envanteri dil geçerliliği sağlandıktan sonra uzman görüşüne sunulmuş ve uygun bulunmuştur. Cronbach alfa değeri ilk uygulamada 0.94, ikinci uygulamada 0.90 olarak elde edilmiştir. Ölçeğin toplam puanı ilk uygulamada 46.85 ± 18.49 (min:25- max:125), ikinci uygulanmasında ise 40.78 ± 13.96 (min:25-max: 70) olarak bulunmuştur. Ölçeğin yapı geçerliliğini incelemek için açımlayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Açımlayıcı faktör analizinde Kaiser-Meyer- Olkin örneklem yeterliği ölçütü değeri 0.89; faktör analizi yeterliği ölçütü Bartlett Küresellik Testi $p < 0.000$ olarak bulunmuştur. Hasta İtibar Envanterinin Türkçe versiyonunun yapı geçerliliği analizleri sonucunda 5 faktör elde edilmiş olup madde dağılımlarında orijinal ölçekle farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Elde edilen 5 faktörün varyansın % 68.7'sini açıkladığı saptanmıştır.

Hastalarla yapılan görüşmelerin çözümlemesi sonucunda saygınlık, bakım uygulamaları ve yararlılık şeklinde 3 ana tema elde edilmiştir. Hemşirelerle yapılan görüşmelerde ise veriler saygınlığın sürdürülmesi; engeller ve öneriler ile bakımın sonuçları olarak üç ana başlık altında toplanmıştır.

Sonuç olarak Hasta İtibar Envanterinin Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir. Hasta ve hemşirelerle yapılan görüşmelerde itibarlı bakımın hastanın

saygınlığını koruyan; sağlık çalışanları ile hasta arasında sağlıklı iletişim kurulmasına ve bireyin kendini değerli ve güvende hissetmesine yol açan olumlu etkilere sahip, hastanın bütüncül bakım almasını sağlayan bir süreç olduğu ve buna bağlı olarak da hemşirenin iş doyumunu artırdığı belirtilmiştir. İtibarlı bakım kültürünü oluşturmak ve sürdürmek için kurumsal politikalar geliştirilmesi; bu politikaların da konuya ilişkin farkındalığı artıracak ve personelin yeterliliklerine göre görevlendirilmelerini sağlayacak; tükenmişliği önleyecek düzenlemeler içermesi önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, İtibar, İtibarlı bakım, Hasta İtibar Envanteri, Hemşirelik

Bu araştırma için Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Onay tarihi: 01/11/2017, Proje No: KA17/280) tarafından onay alınmıştır.

ABSTRACT

Eskigulek, Yasemin. Opinions of Palliative Care Patients and Nurses Regarding Dignified Care. Baskent University of Health Sciences Institute, Nursing Department. Master of Science Degree in Nursing, 2018.

This study was conducted to investigate the views of the palliative care patients and the nurses working in this field about dignified care and to evaluate Turkish validity and reliability of the Patient Dignity Inventory. This descriptive and methodological study comprise of two phases. The first stage is validity and reliability study of "Patient Dignity Inventory" developed in Canada by Chochinov et al. within the Turkish society with a sample consisted of 127 advanced cancer patients who were hospitalized in the clinics of two university hospitals in Ankara. Demographic form, Palliative Performance Scale, Patient Dignity Inventory and Hospital Anxiety and Depression Scale were used to collect data in the study. Patient Dignity Inventory was reapplied to 32 patients at least one week after the first application. In the second stage, opinions of 10 palliative care patients and 10 nurses working with those patients were investigated relating to dignified care via one-to-one semi-structured interview technique. The study was conducted between February-July 2018.

Patient Dignity Inventory was presented to expert opinion after the language validity was provided and, approved by experts. The Cronbach alpha value was calculated as 0.94 for the first application and 0.90 for the second application. The total score of the inventory was 46.85 ± 18.49 (min: 25- max: 125) for the first application and 40.78 ± 13.96 (min: 25-max: 70) for the second application. Explanatory factor analysis and confirmatory factor analysis were performed to examine construct validity of the scale. The Kaiser-Meyer-Olkin sampling adequacy criterion value was found as 0.89 and factor analysis adequacy criterion The Bartlett's Test of Sphericity was found as $p < 0.000$. Five factors were obtained as result of construct validity analysis of the Turkish version of Patient Dignity Inventory, differing from the original scale in terms of item distribution. It was found that 5 factors obtained by analysis explained 68.7 of total variances.

Analysis of the interview data performed with the patients resulted in three themes as respectability, caring practices and usefulness. Three major themes were detected through data of interviews held with nurses such as maintaining respectability; barriers and facilitators and benefits.

As a result, it was determined that the Patient Dignity Inventory is a valid and reliable scale for Turkish society. Dignified care is specified through interviews held with patients and nurses as a process that protects patient's dignity and provides holistic care for the patient resulting in positive effects by establishing healthy communication between healthcare team and patient, and making the patient feel valuable and safe, and therefore enhances job satisfaction of a nurse. Developing institutional policies to build up and maintain a dignified care culture including raising awareness of the issue, assigning staff according to their qualifications and making arrangements to prevent burnout is recommended.

Keywords: Palliative care, Dignity, Dignified care, Patient Dignity Inventory, Nursing

This study was approved by Baskent University, Medicine and Health Sciences Review Committee and Clinical Researches Ethics Committee (Approval date: 01/11/2017, Project No: KA 17/280).

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	vi
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER.....	x
SİMGELER ve KISALTMALAR	xiii
ŞEKİLLER	xiv
TABLolar.....	xv
1. GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Amacı.....	3
1.2 Araştırmanın Soruları.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 Palyatif Bakım	4
2.1.1 Tanım ve tarihçesi	4
2.1.2 Palyatif bakımın amacı ve kapsamı.....	4
2.1.3 Palyatif bakım modeli	5
2.1.4 Palyatif bakım hastalarının klinik özellikleri ve gereksinimleri	6
2.1.5 Palyatif bakım hemşireliği	6
2.2 İtibarlı Bakım	8
2.2.1 İtibar	8
2.2.2 Bakım ve hemşirelik bakımı	9
2.2.3 İtibarlı bakımın kapsamı.....	11
2.2.3.1 Önemi ve tarihçesi	11
2.2.3.2 İtibarlı bakımın tanımı	12
2.2.3.3 İtibarlı bakım davranışları	13
2.2.3.4 Palyatif bakım hastalarında itibarlı bakım modeli ve değerlendirilmesi	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1 Araştırmanın Tipi.....	17
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	17
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	18
3.4 Veri Toplama Araçları	19
3.4.1 Palyatif bakım hastaları için demografik veri formu.....	19

3.4.2. Hemşireler için demografik veri formu.....	19
3.4.3 Hasta İtibar Envanteri.....	19
3.4.4 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	23
3.4.5 Palyatif Performans Skalası	24
3.4.6 Tema analizi	24
3.5 Araştırmanın Uygulanması	25
3.5.1 Dil ve kapsam geçerliliği.....	25
3.5.2 Ön uygulama	27
3.5.3 Geri çeviri süreci	28
3.5.4 Verilerin toplanması.....	29
3.6 Verilerin Değerlendirilmesi	33
3.6.1 Hasta İtibar Envanterinin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri	33
3.6.2 Palyatif bakım hastalarıyla yapılan görüşmelerin değerlendirilmesi	34
3.6.3 Palyatif bakım hastalarına bakım veren hemşirelerle yapılan görüşmelerin değerlendirilmesi	34
3.7 Araştırmanın Etik Yönü	35
3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları	35
4. BULGULAR	36
4.1 Hasta İtibar Envanteri Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizlerine ait bulgular	36
4.1.1 Hasta İtibar Envanteri Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması demografik bulguları	36
4.1.2 Hasta İtibar Envanteri Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizleri.....	40
4.1.2.1 Geçerlilik analizleri	40
4.1.2.1.1 Yorumsal geçerlilik.....	40
4.1.2.1.2 Yapısal geçerlilik	40
4.1.2.1.3 Ölçüte dayalı geçerlilik	46
4.1.2 Güvenirlik Analizleri	48
4.1.2.1 İç tutarlılık analizleri	48
4.1.2.2 Kararlılık analizleri	50
4.2 Palyatif bakım hastalarının itibarlı bakıma ilişkin görüşleri	51
4.2.1 İtibarlı bakıma ilişkin görüş bildiren hastaların demografik özellikleri.....	51
4.2.2 Palyatif bakım hastalarının itibarlı bakıma ilişkin görüşlerinden elde edilen bulgular.....	52
4.3 Palyatif bakım hastalarıyla çalışan hemşirelerin itibarlı bakıma ilişkin görüşleri	54
4.3.1 İtibarlı bakıma ilişkin görüş bildiren hemşirelerin demografik özellikleri	54

4.3.2 Palyatif bakım hastalarına bakım veren hemşirelerin görüşlerinden elde edilen bulgular.....	56
5. TARTIŞMA.....	61
5.1 Hasta İtibar Envanteri Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliğinin İncelenmesi	61
5.1.1 Hasta İtibar Envanterinin güvenilirliği.....	61
5.1.2 Hasta İtibar Envanterinin geçerliliği	63
5.2 Palyatif Bakım Hastalarının ve Hemşirelerin İtibarlı Bakıma İlişkin Görüşleri.....	65
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	68
6.1 Sonuçlar	68
6.1.1 Hasta İtibar Envanterinin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasına ilişkin sonuçlar	68
6.1.2 Palyatif bakım hastalarının ve hemşirelerin itibarlı bakıma ilişkin görüşlerinden elde edilen sonuçlar	69
6.2 Öneriler	70
6.2.1 Hasta İtibar Envanteri Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının sonuçlarına yönelik öneriler	70
6.2.2 Palyatif bakım hastalarının ve hemşirelerin itibarlı bakıma ilişkin görüşlerinden elde edilen sonuçlara yönelik öneriler.....	70
KAYNAKLAR.....	71
EKLER	79
EK-1: Başkent Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilimsel Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Hastalar için)	79
EK-2: Başkent Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilimsel Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Hemşire için)	85
EK-3: Hemşireler İçin Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	90
EK-4: Hastalar İçin Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu.....	91
EK-5 Palyatif Bakım Hastaları İçin Demografik Veri Formu	92
EK-6: Hemşireler İçin Demografik Veri Formu.....	93
EK-7: Palyatif Performans Skalası	94
EK-8: Proje Onayı.....	95
EK-9: Hasta İtibar Envanteri Uyarılama İzni.....	96
EK-10: Hasta İtibar Envanteri Orijinal Versiyonu-Patient Dignity Inventory	97
EK-11: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Kullanma İzni	99
EK-12: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	100
Ek-13 Çalışmanın Yapıldığı Kurumlardan Alınan Araştırma İzinleri.....	103
Ek-14 Hasta İtibar Envanteri Türkçe Versiyonu.....	110

SİMGELER ve KISALTMALAR

AFA	Açımlayıcı Faktör Analizi
AIDS	Edinilmiş İmmün Yetmezlik Sendromu
CFI	Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ICN	International Council of Nursing- Uluslararası Hemşirelik Konseyi
HADÖ	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
HİE	Hasta İtibar Envanteri
KGO	Kapsam Geçerlilik Oranı
KMO	Kaiser-Meyer- Olkin örneklem yeterliği ölçütü
NFI	Normed Fit Index (Normlaştırılmış uyum indeksi)
PDI	Patient Dignity Inventory
PPS	Palyatif Performans Skoru
PRIAE	Policy Research Institute on Ageing and Ethnicity (İngiltere Yaşlanma ve Etnisite Politikaları Araştırma Enstitüsü)
RCN	Royal College of Nursing- Kraliyet Hemşire Koleji
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation (Ortalama karekök hata tahmini)
Sd	Serbestlik derecesi
TDK	Türk Dil Kurumu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHPCA	The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (Dünya Hospis ve Palyatif Bakım Birliği)
α	Alpha (alfa)

ŞEKİLLER

Şekil

2.1	Palyatif bakım süreci	6
2.2	Hemşirelik süreci	10
2.3	Hemşirelik bakım süreci temaları	11
2.4	Terminal dönem hastalarında itibar kavramı temaları	15
3.1	Braun & Clarke tematik analiz basamakları	25
3.2	HİE ön uygulama süreci	27
3.3	Envanter geri çeviri süreci	28
3.4	HİE geçerlilik ve güvenilirlik çalışması süreci	30
3.5	Palyatif bakım hastaları ve hemşirelerinin görüşlerinin alınması süreci	32
4.1	Açımlayıcı faktör analizi özdeğer scree plot grafiği	41
4.2	HİE Türkçe versiyonu Path diyagramı	45
4.3	Hastaların itibarlı bakıma ilişkin görüşleri: temalar ve kodlar	52
4.4	Hemşirelerin itibarlı bakıma ilişkin görüşleri: temalar ve kodlar	57

TABLÖLAR

Tablo

2.1	İtibarlı bakımın sürdürülmesi için gerekli koşullar	14
3.1	İtibar modeli ve HİE'nin temeli	21
3.2	HİE orijinal versiyonu alt boyutları ve faktör yükleri	22
3.3	HİE Türkçe versiyonu uzman görüşü değerlendirmesi	26
3.4	HİE Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması veri analizleri	33
4.1	HİE Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasına katılan hastaların demografik verileri	37
4.2	HİE Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasına katılan hastaların kanser tipi, evresi ve palyatif performans skoruna göre dağılımı	39
4.3	HİE örneklem yeterliliği KMO ve Bartlett testi değerleri	41
4.4	Açımlayıcı faktör analizi ile elde edilen faktörlerin özdeğerleri ve varyansları	42
4.5	HİE açımlayıcı faktör analizi sonuçları	43
4.6	HİE orijinal ve Türkçe versiyonu faktör karşılaştırması	44
4.7	HİE Türkçe versiyonu faktörlerine göre madde puan dağılımları	46
4.8	HİE-Türkçe alt boyutları, HİE Toplam puanı ve PPS ile HADÖ alt boyutları arasındaki korelasyon	47
4.9	HİE maddelerinin Cronbach alfa değerleri ve madde ortalamaları	49
4.10	HİE eşleştirilmiş örneklem t testi sonuçları	50
4.11	HİE ilk test ve son test puanları arasındaki korelasyon analizi sonuçları	50
4.12	İtibarlı bakıma ilişkin görüş bildiren hastaların demografik özellikleri	51
4.13	İtibarlı bakıma ilişkin görüş bildiren hemşirelerin demografik özellikleri	55

1. GİRİŞ

Hemşirelik; hasta veya sağlıklı, her yaştaki ve her ortamdaki birey, aile, grup ve toplumların bakımını bağımsız ve işbirliği içinde yerine getiren bir meslektir (1). Hemşirelik sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesinin yanı sıra hasta, engelli veya ölmek üzere olan bireyin bakımını da kapsar (1). Hemşireler hemşirelik mesleğini uygulama yetkisine sahip bireylerdir (2, 3).

Uluslararası Hemşirelik Konseyi'ne (ICN-International Council of Nursing) göre hemşire, temel ve genel hemşirelik eğitimi almış bir birey olup ülkesindeki düzenleyici kurumlardan aldığı yetkiyle görevini yerine getirmektedir (1). Ülkemizde ilk olarak 1954 yılında yayınlanan 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu'nda (2) ortaokul sonrası alınan eğitimle hemşire olunabilirken kanunun 2007 yılında revize edilmesiyle (5634 sayılı Hemşirelik Kanunu) hemşire olmak için fakülte ve yüksekokul düzeyinde eğitim alma şartı koşulmuştur (3). Gelişen sağlık teknolojileri ve bilimsel çalışmaların ışığında tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hemşirenin görev, yetki ve sorumlulukları değişmektedir. Altı bin iki yüz seksen üç sayılı Hemşirelik Kanunu'nda hemşirenin görevleri çiçek aşısı uygulama; pansuman ve enjeksiyon yapma; dispanser ve koruyucu hekimlik uygulamalarının yapıldığı kurumlarda bireylere sağlığı koruyucu ve bulaşıcı hastalıkları önleyici eğitim verme, bulaşıcı hastalıkları önlemeye yönelik tedbirler alma ile hastalık hallerinde başvurulacak merkezlere yönlendirme şeklinde tanımlanmıştır (2). Hemşirenin günümüzdeki görev, yetki ve sorumlulukları ise 8.3.2010 tarihli ve 27515 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği'nde hemşirelerin çalıştığı alanlara göre belirlenerek daha kapsamlı hale getirilmiştir (4). Hemşirenin, bu yönetmelikle çerçevelenen görevlerinden biri de bakım vermektir.

Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlüğündeki (5) karşılığı “bakma işi; bir şeyin iyi gelişmesi, iyi durumda kalması için verilen emek; birinin beslenme, giyinme gibi gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi” olan bakım, hemşireliğin temel taşıdır. Hemşirenin, hastayı rahatlatmaya yönelik yaptığı her girişim bir bakımdır. Hemşirelik bakımı; sağlığı olumlu yönde etkilemek, semptomları kontrol altına almak veya bireyin huzur içinde ölmesini sağlamak için planlanan ve uygulanan bireyselleştirilmiş, bütüncül ve etik uygulamalardır (6). Rahatlatıcı ve semptom kontrolünü sağlayıcı girişimleri kapsayan bakım süreci, palyatif bakım hastalarında büyük önem taşır (6, 7).

Latince’de örtü anlamına gelen “pallium” kelimesinden kökenini alan palyatif sözcüğü (7) dilimizde “hastalık belirtilerini iyileştirmeksizin geçici olarak hafifleten veya ortadan kaldıran ilaç veya yöntemler” şeklinde açıklanmıştır (8). Palyatif bakım ise Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre “yaşamı tehdit edici bir hastalıkla karşı karşıya gelen bireyin ve ailesinin yaşam kalitesini artırıcı bir yaklaşım” olarak tanımlanmıştır (9). Palyatif bakımın amacı hastalığın ortaya çıkardığı olumsuz etkileri ortadan kaldırmaktır (7). Palyatif bakım gereksinimi olan hastalar kanser, kalp yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi kronik ve iyileşmesi güç hastalıklara sahip bireylerdir. Beklenen yaşam süresinin artması kronik hastalıklarda artışı da beraberinde getirmektedir.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 verilerine göre 65 yaş üstü birey sayısı önceki 5 yıla göre % 17,1 artmış ve nüfusa oranla % 8,3’e yükselmiştir (10). Bu oran dünya genelinde % 8,7’dir (10). Bununla beraber ülkemizde beklenen yaşam süresi de giderek artmış olup 2013 yılı TÜİK verilerine göre ortalama 76,3 yıl (11) iken 2016 yılında ortalama 78 yıla yükselmiştir (10). Nüfus artışı ile birlikte kronik hastalıkların artışı palyatif bakım gereksinimi duyan birey sayısının da buna paralel olarak artmasına yol açmaktadır. Palyatif bakım hastalarına sunulan bakım, tüm hastalarda olduğu gibi insan itibarına yaraşır olmalıdır.

Dilimizde “saygınlık” anlamına da gelen itibar, Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin (Paris, 1948) birinci maddesinde bir insan hakkı olarak tanımlanmış olup “bütün insanların, itibar ve haklar bakımından eşit ve özgür doğduğu” belirtilmiştir (12, 13). Uluslararası Hemşirelik Konseyi’nin (ICN) Uluslararası Hemşirelik Etik Kodları’nda (2012) da bu konu ele alınmış olup “hemşire; bakım verirken kullanılan teknoloji ve bilimsel yeniliklerin insan hakları, güvenliği ve itibarına uygun olduğunu garanti eder” şeklinde açıklanmıştır (14). Hemşirelik literatüründe “dignity” şeklinde karşımıza çıkan itibar kelimesi, kökenini İngilizce’de “merit” Türkçe’de liyakat” anlamına gelen Latince “dignus” ve İngilizce’de “worth” Türkçe’de “yüksek değere sahip olmak” anlamına gelen “dignus” kelimelerinin birleşiminden almaktadır (15-17).

İtibar, çok boyutlu bir kavram olup dört tanımlayıcı özelliğe sahiptir: “saygı, otonomi, güçlendirme ve iletişim” (15, 18). Palyatif bakım hastaları açısından bakıldığında bu kavramlar hasta bireyin içinde bulunduğu psikolojik, fizyolojik ve diğer tüm yönlerden bağımsız olarak saygınlığının korunması; karar verme süreçlerine katılımının sağlanarak otonomisinin artırılması; psikolojik bakımdan güçlendirilmesi ve bütün bunların da sağlıklı bir iletişim aracılığıyla gerçekleştirilmesi şeklinde açıklanabilir. Bireyin bağımsızlığının ve yaşam kalitesinin artırılması palyatif bakımın temel amaçlarındandır.

Uluslararası literatürde hemşirelik bakımında itibar konusunu ele alan çok sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmaların odak noktasını itibar ve itibarlı bakım kavramının, hastaların ve hemşirelerin düşüncelerine göre şekillendirilmesi ve bu kavramları etkileyen faktörlerin belirlenmesi oluşturmaktadır (19-24). Bunun yanı sıra Chochinov ve arkadaşları (25) tarafından palyatif bakım hastalarında itibar kavramını ölçmeye yönelik “Hasta İtibar Envanteri” (HİE) geliştirilmiş ve orijinal dili İngilizce olan bu envanterin Almanca (26), İtalyanca (27), İspanyolca (28), Yunanca (29) ve Çekçe (30) dillerinde geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Türkçe literatürde ise “itibarlı bakım”, “hemşirelik ve hasta itibarı”, “hasta itibarının korunması” ve “hemşirelikte itibarın korunması” anahtar kelimeleriyle CINAHL, Sciencedirect, Ebscohost ve Google Akademik veri tabanlarında yapılan aramalarda Nisan 2018 tarihi itibarıyla konuya ilişkin herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu çalışmanın ülkemizde konu ile ilgili ilk çalışma olması nedeniyle hemşirelikte itibarlı bakım konusunda farkındalık oluşturmaya ve itibarlı bakım kavramını değerlendirmeye yönelik dilimize uyarlanmış bir ölçek kazandırması öngörülmüştür.

1.1 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı palyatif bakım hastalarının ve bu alanda çalışan hemşirelerin itibarlı bakım konusundaki görüşlerinin incelenmesi ve Hasta İtibar Envanteri’nin (HİE) (25) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesidir.

1.2 Araştırmanın Soruları

Bu çalışma kapsamında şu sorulara yanıt aranmıştır:

1. Hasta İtibar Envanteri (HİE) Türkiye’de geçerli ve güvenilir bir ölçek midir?
2. Palyatif bakım hastalarının “itibarlı bakım” hakkındaki görüşleri nelerdir?
3. Palyatif bakım hastalarına bakım veren hemşirelerin “itibarlı bakım” konusundaki düşünceleri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Palyatif Bakım

2.1.1 Tanım ve tarihçesi

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2002 yılı tanımına göre palyatif bakım “yaşamı tehdit edici bir hastalıkla karşı karşıya gelen bireyin ve ailesinin, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme yoluyla acı çekmesinin önlenmesini; çekilen acının hafifletilmesini; ağrı ve diğer fiziksel, psikososyal ve spiritüel problemlerin giderilmesini kapsayan, yaşam kalitesini artırıcı bir yaklaşımdır” (9). İlk kez 1950’li yılların sonunda Cicely Saunders tarafından ortaya atılan palyatif bakımla terminal dönem kanser hastalarının ağrı ve diğer semptomlarının yönetimi sağlanarak acısız ve onurlu bir ölüm süreci sunulması hedeflenmiştir (31). Palyatif bakım kavramının ortaya çıktığı yıllarda kanser tedavilerinin odak noktası küratif tedaviler iken bu odak noktası 1960’lı yılların ortalarından itibaren terminal dönem kanser hastaları için palyatif bakımı da kapsamaya başlamıştır (31). Bu süreçte Saunders ve arkadaşları tarafından ilk modern hospis merkezi 1967 yılında Londra’da St. Christopher’s Hospice adıyla kurulmuştur (31). Bu merkez daha sonraki yıllarda dünya çapında açılacak olan palyatif bakım ve hospis merkezlerinin öncüsü olmuştur.

2.1.2 Palyatif bakımın amacı ve kapsamı

Palyatif bakım, hastalığın prognozundan bağımsız olarak hastanın ve kendisine bakım veren aile üyelerinin ihtiyaçlarına ve hedeflerine yönelik mümkün olan en iyi yaşam kalitesini sunmayı amaçlamaktadır (32). Dünya Sağlık Örgütü’ne göre palyatif bakım gerektiren hastalıklar kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik respiratuar hastalıklar, edinilmiş immün yetmezlik sendromu (AIDS), diyabet, böbrek yetmezliği, kronik karaciğer hastalığı, multipl skleroz, Parkinson, romatoid artrit, nörolojik hastalıklar, demans, konjenital anomaliler ve ilaca dirençli tüberkülozdur (33). Yine DSÖ’ye göre palyatif bakım en geniş kapsamıyla:

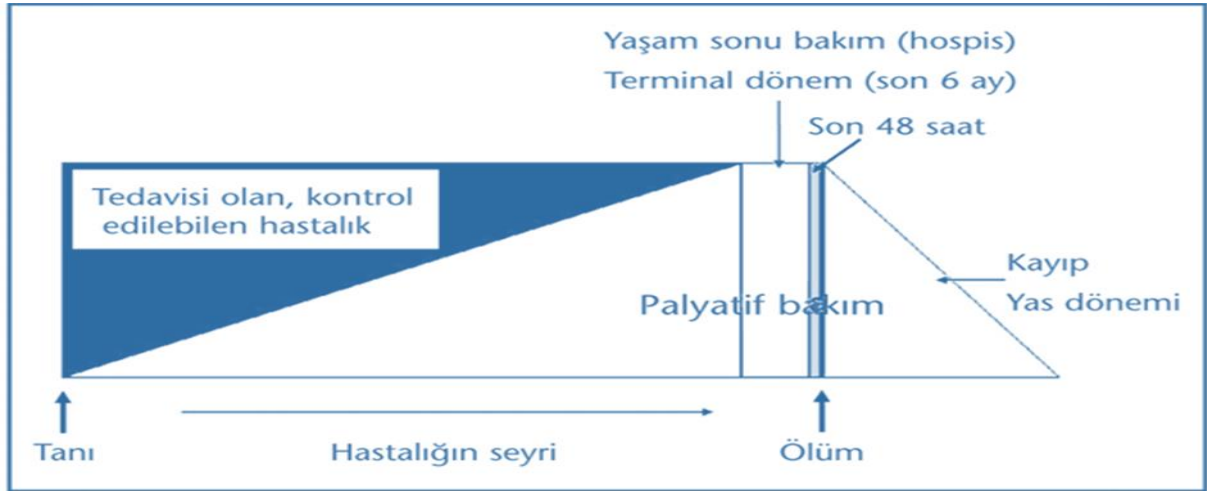
- a. Ağrı ve diğer sıkıntı verici semptomların giderilmesinin sağlayan;
- b. Yaşamı ve ölümü normal bir süreç olarak kabul eden;
- c. Ölümü hızlandırmak veya ertelemek şeklinde bir amaç taşımayan;
- d. Hasta bakımının psikolojik ve spiritüel yönlerini bütünleştiren;

- e. Hastanın ölümüne kadar olan süreçte mümkün olduğunca aktif kalmasına olanak sağlayacak destek sistemleri sunan;
- f. Bireyin hastalığı ve ölümü sürecinde ailesine destek sağlayan;
- g. Hasta ve ailesinin gereksinimlerini belirlemek için ekip yaklaşımı kullanan;
- h. Yaşam kalitesini artıran ve hastalık sürecine olumlu yönde etki eden;
- i. Kemoterapi ve radyoterapi gibi yaşamı uzatmayı hedefleyen diğer tedavilerle birlikte hastalığın erken döneminde uygulanabilen ve sıkıntı verici klinik komplikasyonları daha iyi anlamak ve yönetmek için araştırmaların yapıldığı bir süreçtir (9).

Palyatif bakımda hizmeti alan birey, hizmeti sunan bireyler ve hizmetin sunulmasını sağlayan sistem olmak üzere üç bileşen bulunmaktadır.

2.1.3 Palyatif bakım modeli

İki bin sekiz yılında İngiltere ve Galler’de kurulan Dünya Hospis ve Palyatif Bakım Birliği (The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance-WHPCA) (34) ile DSÖ’nün 2014 yılında yayınladığı Palyatif Bakım Global Atlasında (35) palyatif bakımın yaşamı tehdit edici hastalıkların yanı sıra tüm kronik hastalıklar için de gerekli olduğu; palyatif bakımın tanı veya prognozdan bağımsız olarak hastalık sürecinin erken dönemlerinden itibaren ihtiyaca yönelik sunulması gerektiği; bu hizmetin yalnızca palyatif bakım uzmanları tarafından değil tüm bakım düzeylerinde sunulmasının gerekli olduğu ve bireyin ev, hastane, gündüz bakım ünitesi gibi bakıma ihtiyaç duyduğu her yerde sunulabileceği belirtilmiştir. Palyatif bakım Şekil 2.1’de görüldüğü üzere tanı konduğu andan başlayıp küratif tedavi ile eşzamanlı devam eden ve yaşam sonu döneme yaklaşıldıkça yoğunluğu artan bir süreçtir (36, 37). Bireyin ölümü sonrasında aile üyeleri ve/veya yakınlarına sağlanacak yas desteği ile sona ermektedir (37). İleri evre kanser hastaları ile birlikte ailede bakım veren bireylere de erken dönemde palyatif bakım verilmesi bu bireylerin depresyon düzeyleri ve stres yüklerini azaltarak yaşam kalitelerini artırdığı ve böylelikle palyatif bakımdan elde edilen yararın artırıldığı saptanmıştır (38).



Şekil 2.1 Dünya Sağlık Örgütü Palyatif bakım süreci (Kabalak, Öztürk ve Çağır; 2013)

2.1.4 Palyatif bakım hastalarının klinik özellikleri ve gereksinimleri

Palyatif bakım gerektiren hastalıklar klinik bakımdan birbirlerinden farklı olsalar da hastalar üzerinde benzer semptomlara yol açabilmektedir. Bu semptomların en yaygın görülenleri ağrı, solunum güçlüğü, yorgunluk, halsizlik, iştah kaybı, bulantı, konstipasyon, cilt problemleri, uyuma güçlüğü, anksiyete ve irritabilite şeklinde sıralanabilir (39,40). Hasta bireyin acı çekmesine neden olan bu bulgular ağrı ve diğer fiziksel semptomlar, psikolojik, sosyal, kültürel ve spiritüel semptomlar olmak üzere gruplandırılabilir (41). Hastalık ilerledikçe bireyin yaşam tarzını ve yaşam alanını kısıtlayarak bireyde yaşamının kontrolünün “kendisinde değil; hastalığı taşıyan vücudunda” olduğu duygusunu yoğunlaştırır (42). Ölüm sürecinin bir hatırlatıcısı olan bu durum bireyin korku, anksiyete ve bakımı konusunda bir başkasına bağımlı olma kaygılarını artırabilir (42). Hastanın yanı sıra aile için de tüketici olan bu süreçte hastanın kişiliğini, saygınlığını ve otonomisini artırmayı hedefleyen, hasta birey ve ailesini merkez alan hemşirelik bakımının önemi tartışılmazdır (42).

2.1.5 Palyatif bakım hemşireliği

Palyatif bakım hemşiresi eğitcilik, koordinasyon, liderlik gibi rollerini kullanırken hastanın kontrol duygusunu ve umudunu korumaya çalışır (43). Palyatif bakım hemşireliğinde amaç hastanın ve ailesinin yaşam kalitesini yükseltmektir (9, 43). Aile kavramı hasta bireyin sevdiği ve dâhil olmasını istediği herkesi kapsamaktadır (44). Palyatif bakım hemşireliği kavramı analiz edildiğinde bu kavramın altı tanımlayıcı özelliği ortaya çıkmıştır (44):

- a) **Şefkatli olma:** Hasta ile açık, dürüst, terapötik ve nazik iletişim kurabilmek; hastanın yaşına ve gelişimsel durumuna uygun, empatik yaklaşım sunabilmektir.
- b) **Dikkatli ve özenli olma:** Hastanın bakımını sağlayan hemşire zihnen ve bedenlen hastanın yanında olduğunu ve hastanın değerlerini koruduğunu hissettirir.
- c) **Bütüncül yaklaşım:** Hastanın fiziksel sorunlarının yanı sıra emosyonel, sosyal, gelişimsel ve ihtiyaç duyduğu diğer alanlarda da bakım sunabilmek; bu süreçte disiplinler arası iletişim kurarak ekip işbirliğini sağlayabilmektir.
- d) **Adapte olabilirlik:** Hasta bireyin klinik durumuna bağlı değişen bakım ihtiyaçlarını belirleyip hastaya ve ailesine duruma uygun bakım stratejisi geliştirebilme becerisidir.
- e) **Gerçekçilik:** Hasta birey ve ailesi için ulaşılabilir ve gerçekçi hedefler belirleyebilmek ve bu yolla bireylerin baş etme becerilerini güçlendirmek palyatif bakım hemşireliğinin önemli bileşenlerindendir.
- f) **Mesleki ahlak:** Hemşirenin hastanın isteklerine göre bakım planlayıp ortaya çıkan kurumsal anlaşmazlıklarda hasta ve ailesinin savunuculuğunu üstlenmesi; hasta ve ailesi arasında ortaya çıkan anlaşmazlıklarda ise hasta lehine uzlaşma sağlamasıdır.

Palyatif bakım hemşiresi bu becerilerini kullanırken “kronik hastalığı olan bireylere bakım vermenin bedeli” olarak tanımlanan şefkat yorgunluğundan kendini korumalıdır (45). Ölmekte olan hastaya bakım veren Türk hemşirelerle yapılan bir çalışmada hemşirelerin bakım sürecinde verdikleri emosyonel tepkilerin keder, çaresizlik, anksiyete ve korku olduğunu; büyük bir çoğunluğunun da hastalarını korkutmamak için hastalarıyla ölüm kavramına ilişkin konuşmaktan kaçındıkları saptanmıştır (46). Doktor, hemşire, terapist, eczacı, psikolog, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı ve din adamından oluşan palyatif bakım ekibinde (47) mesleğinin yapısı gereği hasta ve ailesiyle en uzun süreli etkileşime sahip palyatif bakım hemşiresi ekip içi koordinasyonda kilit öneme sahiptir.

2.2 İtibarlı Bakım

2.2.1 İtibar

Kökenini İngilizce’de “merit” Türkçe’de “liyakat” anlamına gelen Latince “dignitus” ve İngilizce’de “worth” Türkçe’de “yüksek değere sahip olmak” anlamına gelen “dignus” kelimelerinin birleşiminden alan itibar kavramına ilişkin (15, 16) literatürde ulaşabilen en eski kaynaklardan biri 1486 yılında İtalyan düşünür Giovanni Pico della Mirandola’nın “İnsan İtibarı Üzerine Hitabe” isimli yayınıdır (48, 49). Mirandola bu hitabesinde insanların Tanrı tarafından yaratılan mükemmel varlıklar olduğuna ve bu nedenle itibar görmeyi hak ettiklerine inandığını belirtmiştir (48, 49).

Alman filozof İmmanuel Kant ise 1779 yılında vermeye başladığı “Lecture on Ethics” isimli konferanslarında “insan itibarı idesi” konusunu ele almıştır (50). Kant’a göre insanları amacına ulaştıran nesneler insanlar için değerlidir; ancak insanlar kendi kararlarını alabilmekte, kendi hedeflerini belirleyebilmekte ve davranışlarını belirli bir mantık çerçevesinde yönlendirmekte özgür olan “rasyonel ajanlar” oldukları için itibar gibi içsel bir değere sahiptir (50). Kant “Ahlak Metafiziğinin Temellendirilmesi-The Groundwork of Metaphysic of Morals” (1785) isimli kitabında “her şeyin bir fiyatı veya değeri olduğunu” vurgulamıştır (51). Eğer bir nesne veya varlığın yerini bir başkası alabiliyorsa o nesnenin bir fiyatı ve eşiti olduğunu; fakat nesne veya varlığın yerine bir başkası konamıyorsa bu nesne/varlığın eşsiz olduğunu ve bu nedenle itibarı olduğunu belirtmiştir (51).

İtibar kavramının dört tanımlayıcı özelliği bulunmaktadır (15,18): Saygı, otonomi, güçlendirme ve iletişim. Bu saygı kendine, diğer insanlara ve onların mahremiyetine gösterilen saygı olup kendine ve diğerlerine inanmayı da gerektirir (15, 18). Otonomi ise karar verebilme, bağımsız olma, yetkinlik ve diğer insanlara tercih hakkı tanıyıp kendi de bu hakka sahip olabilme anlamında kullanılmaktadır (15, 18). Güçlendirme boyutu özgüven sahibi olma, kendini değerli ve önemli hissetmeyi kapsamaktadır (15, 18). İletişim ise sözlü ve sözsüz, rahatlatıcı iletişim türlerinden oluşmaktadır (15, 18).

İtibar bireyin kendini önemli ve değerli hissetmesini ve diğer insanlardan da buna uygun davranışlar görmesini kapsayan dinamik ve subjektif bir duygudur (52). İtibar kavramı kendi içinde dörde ayrılmaktadır: Liyakat, ahlaki duruş, kişisel kimlik itibarı ve insan olma onuru (53, 54, 55). İtibar “değerli olma” halinin özel bir boyutu olup bireylerin kendilerine verdikleri ve diğer insanlardan gördükleri değerın ifadesidir (55). İnsan olma onuru ve liyakat diğer

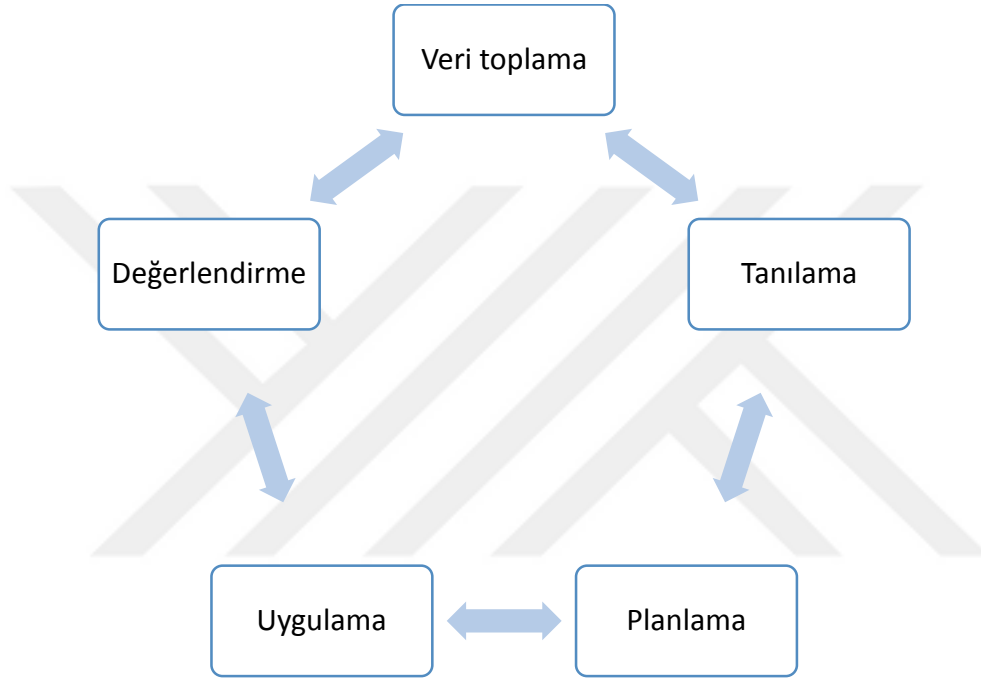
insanların bireye gösterdiği, ahlaki duruş ve kişisel kimlik itibarı ise bireyin kendine duyduğu saygıdır (53, 54, 55):

- a) Liyakat itibarı:** Formal ve informal liyakat itibarı olarak ikiye ayrılır. Formal liyakat itibarı bireyin rütbesi veya bulunduğu makam nedeniyle sahip olduğu itibar olup bu bireyler resmi haklara da sahiptir. İnfomal liyakat itibarı ise bireylerin sanat dalları, bilimsel çalışma gibi alanlarda elde ettikleri başarılar nedeniyle edindikleri itibardır; ancak bu bireyler resmi haklara sahip değildir. Bu tür bir itibar her insanda bulunmayabilir.
- b) Ahlaki duruş itibarı:** Bireyin gerçekleştirdiği eylemlerin kendi ilkeleri ile uyumlu olmasının ifadesidir. Birey kendi değerleri ve ilkeleri ile çatıştığında özgüveni zedelenip kendine duyduğu saygı azalabilir.
- c) Kişisel kimlik itibarı:** Özsaygı ile ilgili bir durum olup temel bileşenleri bütünlük; fiziksel kimlik; otonomi ile bireyin hayatını ve içinde bulunduğu eylemleri anlamlandırma becerisi ve kabul görmesidir. Bu itibar türü bireyin özgürlüğünün kısıtlanması, diğer insanlar tarafından hakarete uğraması veya aşağılanması, fiziksel veya psikolojik eziyet görmesi gibi nedenlerle zedelenebilir. Bu etkenler bireyin toplumdan dışlanmasına, utanmasına, travmaya uğramasına ve buna bağlı olarak özgüveninin zedelenmesine neden olabilir. Ayrıca hastalık ve yaşlanma da bireyin kişisel kimlik itibarında zedelenmeye yol açabilmektedir. Hastalığın yol açtığı yaşam tarzı kısıtlanması, otonomisinin azalması veya bireyin özbakım aktivitelerini kendi başına gerçekleştirememesi, yaşlanmaya bağlı olarak dış görünüşte meydana gelen değişiklikler de bireyin kimlik itibarını zedeleyebilmektedir.
- d) İnsan olma onuru:** Sosyal, mental veya fiziksel herhangi bir ayırım olmaksızın tüm insanların sahip olduğu, vazgeçilemez bir insanlık değeridir. Bu değer Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde de (1948) "tüm insanların haklar ve itibar bakımından eşit olduğu ve özgür doğduğu" biçiminde ifade edilmiştir (12).

2.2.2 Bakım ve hemşirelik bakımı

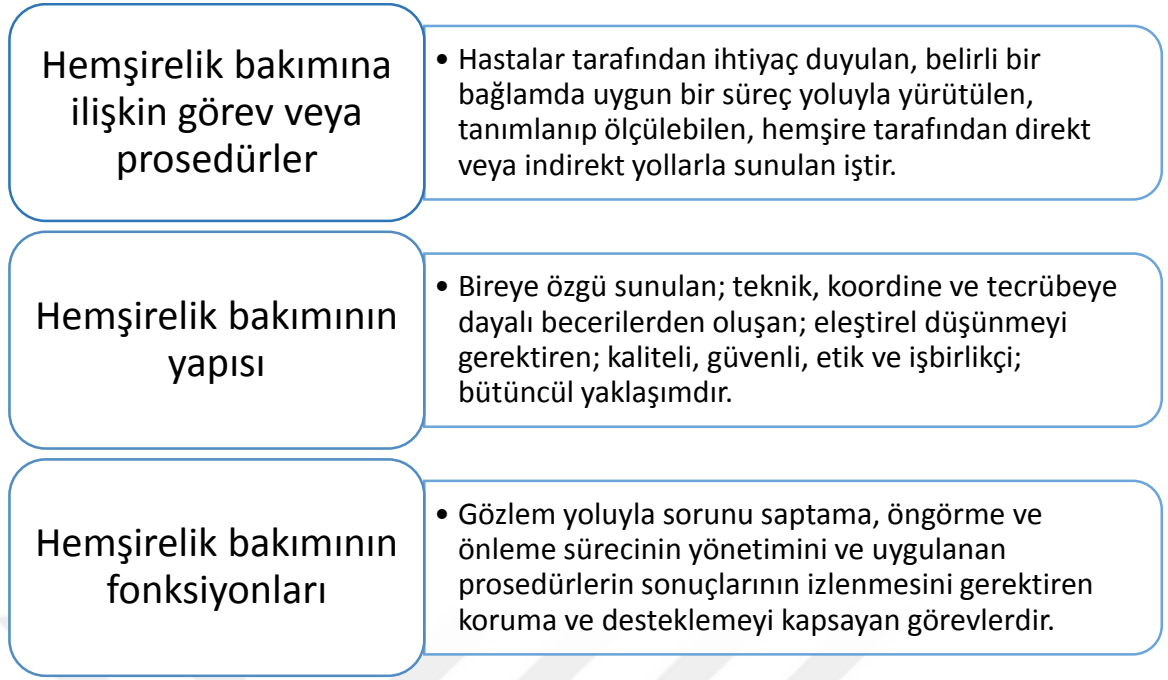
Bir mesleğin odak noktası o mesleğin topluma sunmayı taahhüt ettiği hizmetin yapısı ve sahip olduğu bilgiyi geliştirmesine yönelik taşıdığı sorumluluğu belirleyen inanç ve değer sistemlerinden oluşur (56). Hemşirelik mesleğinin odak noktası ise bakımdır (56). Bakım kelimesi Türkçe Sözlük'te "bakma işi; bir şeyin iyi gelişmesi, iyi durumda kalması için verilen emek; birinin beslenme, giyinme gibi gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi" biçiminde üç farklı tanıma sahiptir (5). Bu tanıma göre bakım kavramının öznesi insan olup nesnesi

değişkendir. Bakım kavramının nesnesi bir olgu, bir obje veya bir canlı olabilir (57). Bu nesneler bir aracın yıllık bakımı, yoğun bakım veya cilt bakımı şeklinde örneklendirilebilir (57). Bu nesne insan olduğu zaman özne de insan olduğu için iki kişi arasında, karşılıklı güvene dayalı, ahlaki ve insani eylemler bütünü ortaya çıkar (57). Hemşirelik bakımı ise kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden mevcut veya olası sağlık sorunlarına yönelik yürütülen hemşirelik sürecidir (58). Hemşirelik süreci beş aşamadan oluşmaktadır (59):



Şekil 2.2 Hemşirelik süreci (Pektekin, 2013)

Hemşirelik sürecinin yürütülmesinde bilimsel temeller esastır. Bu süreç tamamlandığında hemşirelik bakımı da gerçekleşmiş olur. DalPezzo'nun (2009) kavram analizinde hemşirelik bakımının üç ana tanımlayıcı teması olduğu belirtilmiştir (6). Bu temalar hemşirelik bakımına ilişkin görev veya prosedürler; hemşirelik bakımının yapısı ve hemşirelik bakımının fonksiyonları şeklinde ifade edilmiştir. Bu temalar Şekil 2.3'te tanımlanmıştır:



Şekil 2.3 Hemşirelik bakım süreci temaları (DalPezzo, 2009)

Toplumdaki her bireyin iyilik halinin sürdürülmesinde elzem olan itibar kavramı hastanın gereksinimlerine yönelik verilen ve yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen hemşirelik bakımını sunarken de gözetilmelidir (15).

2.2.3 İtibarlı bakımın kapsamı

2.2.3.1 Önemi ve tarihçesi

Hastalanmak ve bu nedenle bir sağlık kuruluşundan hizmet almak insanlar için yaşamın akışını bozan, sıra dışı bir durumdur. Özellikle hastaneye yatmayı gerektiren veya kronik hastalık nedeniyle tedavinin sürekliliğinin gerekli olduğu durumlarda insanlar hem hastalığın hem de sağlık kuruluşuna başvurma getirdiği stres, anksiyete ve bilinmezlik korkularını yaşarlar. Bu nedenle sağlık kuruluşuna başvuranların saygın bir bakım alacaklarını bilmeleri bu endişelerini gidermek ve buna bağlı olarak da yaşam kalitelerini yükseltmek bakımından önemlidir.

İtibarlı bakım konusuna ilk olarak Avrupa Hasta Haklarının İyileştirilmesi Bildirgesi'nde (Amsterdam, 1994) değinilmiş olup hastaların “tanı, tedavi ve bakım sürecinde itibarlı hizmet alma” hakları olduğu ve bunun da hastanın kültürüne ve değerlerine saygı duyulması biçiminde yorumlanması gerektiği ifade edilmiştir (60).

Bu konuya ICN'nin Hemşirelik Etik Kodlarında da değinilmiştir:

“Bireylerin kültürel yapılarına uygun olarak yaşam ve seçim haklarına saygı gösterilmesi ve insan itibarına uygun bakım alması hemşireliğin temelidir. Hemşirelik bakımı bireyin hastalık, cinsiyet, ırk, yaş, kültür, cinsel yönelim, siyasi görüş ve sosyal statüsünden bağımsız olarak saygıyla sunulan bakımdır. Bu nedenle hemşire bakım verirken kullandığı enstrümanların insan hakları, güvenliği ve itibarına uygun olduğunu garanti eder”(1).

2.2.3.2 İtibarlı bakımın tanımı

İngiltere Yaşlanma ve Etnisite Politikaları Araştırma Enstitüsü (PRIAE) ve Bradford Üniversitesi (2001) işbirliğinde yapılan çalışmanın raporunda itibarın tanımı “değer verilmesine veya saygı (buna bağlı olarak özsaygı) duyulmasına yol açan durum, nitelik veya davranış” biçiminde yapılmıştır (21). Bu raporda, hastalardan edinilen bilgiler doğrultusunda itibarlı bakımın önemi vurgulanmıştır.

PRIAE raporuna göre itibarlı bakım “her türlü ortamda, herhangi bir farklılık nedeniyle kişinin onuruna zarar vermeyen bakım türü” şeklinde tanımlanmış olup çalışmaya katılan bir hasta tarafından da “önemli biriymiş gibi bakım alma” şeklinde ifade edilmiştir (21).

İtibarlı bakım hasta birey ile bakım verici arasında, hasta bireyin haklarını ve otonomisini gözeterek ve bireysel farklılıklarını göz önünde bulundurarak gerçekleşen; doğruluk, güven ve dürüstlüğe dayalı olarak kurulan bir ilişki türüdür (61).

Kinnear, Victor ve Williams'ın (2014) 48 katılımcı ve 8 odak grup ile yaptıkları çalışmada katılımcıların tanımına göre itibarlı bakım “bakımın belkemiği olup bireye kendini güvende hissettiren; bakım veren kişinin kendine davranılmasını istediği biçimde davranmasını gerektiren; iletişim, mahremiyet ve saygı gibi kavramları barındıran; detaylara odaklanan ve bireye özgü bakım türüdür”. Burada sözü geçen detaylar ise bireyle iletişim kurarken selamlaşmak, bireyi karar verme sürecine dâhil etmek, yardıma ihtiyaç duyduğu alanlarda desteklemek şeklinde örneklendirilebilir (62). İtibarlı bakım insan itibarına uygun davranışlarla sunulur (62).

2.2.3.3 İtibarlı bakım davranışları

İtibarlı bakım davranışları hasta bireyin duygusal yönden incinmesini engelleyip kendisini önemli bir birey olarak hissetmesini sağlayan davranışlar dizisinden oluşmaktadır. Kinnear, Victor ve Williams'ın (2015) bir diğer çalışmasında bu davranışlar:

- Bakım verilirken mahremiyetin sürdürülmesi;
- Hastanın yemek yemesine yardımcı olunması;
- Temiz bir bakım ortamının sağlanması;
- Hastayı dinlemek için zaman ayrılması;
- Hastayla yapılan özel görüşmelerin mahremiyeti sağlanmış bir odada yapılması;
- Hastaya bakımıyla ilgili yeterli bilgi verilmesi ve hastaya seçme hakkı tanınması şeklinde tanımlanmıştır (22).

Bakım verilen ortamlarda fiziksel çevre, organizasyonel kültür, çalışanların tutum ve davranışları ile bakım verme biçimlerine bağlı olarak itibar korunabilir veya zedelenebilir (63). İngiltere Kraliyet Hemşire Koleji'nin (Royal College of Nursing-RCN) çalışmasında bireyler kontrolü kaybetmediklerini düşündüklerinde; karar verme hakkına sahip olduklarında; değerli, rahat ve güvende hissettiklerinde itibarın korunduğu saptanmıştır (63). Bu çalışmada bakım verirken itibarın sürdürülmesi için hemşirenin dikkat etmesi gerekenler Tablo 2.1'de özetlenmiştir (63). Chochinov'a göre ise itibarlı bakım davranışlarının temelini nezaket, saygı ve empati oluşturmaktadır (23).

Tablo 2.1 İtibarlı bakımın sürdürülmesi için gerekli koşullar*

Mahremiyet	İletişim	Bakım Aktiviteleri
<u>Fiziksel Çevre</u> Sakin, temiz, sessiz, kötü kokulardan arındırılmış, tuvaleti, banyosu ve perdesi bulunan ve bireysel mahremiyeti korumaya uygun hasta odası	<u>Hastaları Rahat Hissettirecek Etkileşimler</u> Empatik ve duyarlı yaklaşım, sözlü ve sözsüz iletişimde güven verici ve profesyonel davranışların sergilenmesi	<u>Hazırlık</u> Zamanlama ve ekipmanın uygun olması, bakım verecek personel sayısının yeterli olması, ortamın uygun olması
<u>Personel Davranışı</u> Kişisel alanın korunmasına özen gösterilmesi, kültür ve dini inançlara saygı duyulması ve personel-hasta etkileşiminin diğer etkenler tarafının kesintiye uğramasının önlenmesi	<u>Hastalara Kontrol Duygusunu Hissettirecek Etkileşimler</u> Hastaya bilgi verme, işlemlere ilişkin açıklamalarda bulunma, onamını alma, seçenek sunma ve uzlaşma	Hastanın Bağımsızlığını Artırma
<u>Ortamdaki İnsan Trafiğinin Düzenlenmesi</u> Personel sayısının ve cinsiyetinin hasta için uygun olması; ziyaretçilerin ve diğer hastaların hasta ile iletişiminin hastanın istediği sınırlarda tutulması	<u>Hastalara Değerli Olduklarını Hissettirecek Etkileşimler</u> Hastaya karar vermesi için zaman tanınması, birey olduğunun hissettirilmesi ve nezaket gösterilmesi	Fiziksel Rahatlık Sağlama
<u>Vücut Mahremiyeti</u> Hastanın vücudunun örtülmesi, üzerini değiştirirken mahremiyetin korunması için işlemin en kısa sürede tamamlanması		

*Kaynak: (Royal College of Nursing, 2008)

2.2.3.4 Palyatif bakım hastalarında itibarlı bakım modeli ve değerlendirilmesi

Palyatif bakım hastası olmak yaşamın ölüm boyutuyla da her an karşı karşıya olmak demektir. Bu durumun insanın kendini önemli ve değerli hissetmesini sağlayan dinamik ve sübjektif bir süreç olan (52) itibar kavramının hasta birey tarafından algılanma biçimini etkilediği saptanmıştır (64). Palyatif bakım hastaları açısından itibarlı olmak kavramının tanımı “kontrol sahibi olma, insani değere ve haklara sahip olma, birey olma özgünlüğünü sürdürebilme ve ilişkilerini ve aidiyetini koruyabilme” şeklinde dört tema üzerinden yapılmıştır (64). Palyatif bakım hastaları bu tanımdaki dört temanın tümünü eşit düzeyde hissedemediklerini; bunlardan birini kaybettiklerini düşündüklerinde diğer kavramların bunu tamamladığını belirtmişlerdir (64).

Chochinov, Hack, McClement, Kristjanson ve Harlos (2002) terminal dönem hastalarıyla yaptıkları çalışmada ölmek üzere olan hastaların itibar kavramını tanımlama biçimlerini belirleyerek bir itibar modeli geliştirmişlerdir (65). Bu modelde terminal dönem hastalarında itibar kavramının üç ana teması ve bunlara bağlı alt temaları saptanmış olup Şekil 2.4’te özetlenmiştir.



Şekil 2.4 Terminal dönem hastalarında itibar kavramı temaları (Chochinov, Hack ve McClement; 2002)

Hastaların yanıtlarına göre belirlenen bu model terminal dönem hastalarının bu evreyi algılama biçimlerinin anlaşılması ve bu hastaların itibarını ve buna bağlı olarak yaşam kalitesinin artırılması hedeflenmiştir (65). Burada saptanan temaların açıklamaları aşağıda verilmiştir.

Hastalığa İlişkin Sorunlar: Hastalıktan kaynaklanan ve bireyin itibar duygusunu zedeleyen veya tehdit eden durumlardır. Bu sorunlar modelde “semptom distressi” ve “bağımsızlık düzeyi” şeklinde tanımlanmış olup hastanın hastalık deneyimiyle doğrudan ilişkilidir. Bu modele göre semptom distressi fiziksel ve psikolojik distress biçiminde gruplandırılabilir. Psikolojik distressin kaynakları ise hastalığın prognozundan kaynaklı belirsizlik, bilinmeyen korkusu ve ölüm anksiyetesidir. Bağımsızlık düzeyi ise bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme ve bilişsel keskinliğini sürdürebilme bakımından diğerlerine ne düzeyde bağımlı olduğunu belirtmektedir (65, 66).

İtibar Koruyucu Birikim: Bu kavram bireyin hasta olmadan önceki yaşantısında sahip olduğu ve hastalandıktan sonra da sürdürdüğü kişilik özelliklerini ve iç kaynaklarını kapsamaktadır. Bu birikimler bir durumla baş etme veya bireyin o duruma bakış açısını içeren “itibar koruyucu perspektifler” ve bireyin itibar duygusunu canlandırmak ve güçlendirmek için başvurulabilecek uygulamaları içeren “itibar koruyucu uygulamalar” biçiminde iki grupta toplanabilir. İtibar koruyucu perspektifler “benliğin sürdürülmesi, rol devamlılığı, üretkenlik/kalıcılık, özsaygının sürdürülmesi, ümitli olma, otonomi/kontrol, kabullenme ve dayanıklılık/savaşma gücü” şeklinde 8 alt gruba ayrılmış olup bunlar bireyin ilerlemekte olan hastalığına rağmen kendini gerçekleştirmesini ve hastalığa bağlı koşullara adapte olabilesini sağlayan unsurlardır. İtibarı koruyucu uygulamalar bireyin gelecek kaygıları yerine içinde bulunulan ana odaklanmasını; hastalığa bağlı değişen koşullar arasında günlük yaşantısını mümkün olduğunca sürdürmeye çalışmasını ve spiritüel bakımdan rahatlayıp itibar hissini sürdürmesini sağlayan “anda yaşama, normalliği sürdürme ve spiritüel huzur arayışı” şeklinde gruplandırılmış üç alt temadan oluşmaktadır (65, 66).

Sosyal İtibar Envanteri: Bireyin çevresinden kaynaklanan ve itibar duygusunu artırabilen ya da azaltabilen ilişki dinamikleridir. Bu dinamikler mahremiyet sınırları, sosyal destek, bakımın verilme biçimi, diğerlerine yük olma ve kötü sonuç kaygılarından oluşmaktadır. Burada adı geçen bakımın verilme biçimi eylemin kendisinden çok bakım veren bireylerin hastaya karşı sergiledikleri tutumdur (65, 66). Chochinov ve arkadaşları yaptıkları bu değerlendirmenin ardından palyatif bakım hastalarında itibar duygusuna ilişkin distressi değerlendirebilmek amacıyla HİE’yi geliştirmişlerdir (25).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve metodolojik tipteki bu araştırma iki aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşama Chochinov ve arkadaşları (25) tarafından Kanada’da geliştirilen Hasta İtibar Envanteri’nin Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasıdır. İkinci aşamada ise palyatif bakım hastaları ve bu hastalarla çalışan hemşirelerin itibarlı bakıma ilişkin görüşlerinin yarı yapılandırılmış görüşme tekniğiyle incelendiği nitel çalışma yer almaktadır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi’nin erişkin onkoloji hastalarının bulunduğu Dâhiliye, Jinekoloji, Cerrahi ve D Blok Özel Klinikleri ile Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi’nin Genel Cerrahi, Medikal Onkoloji, Jinekoloji ve Gastroenteroloji Klinikleri’nde yürütülmüştür.

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi bir vakıf üniversitesi hastanesi olup D Blok 1. kat Kliniğinin yatak kapasitesi 10 mevcut olup toplam 9 hemşire çalışmaktadır. Genel olarak her şiftte 2 hemşire çalışmakta; bazı durumlarda bir şiftteki hemşire sayısı 1’e düşebilmektedir. D Blok 2. kat Kliniği 10 yatak ve 8 hemşire ile hizmet vermektedir. Bu klinikte bir şiftte 1 veya 2 hemşire çalışmaktadır. D Blok 3. kat Kliniğinde 10 yatak bulunmakta ve bir şiftte 1 veya 2 hemşire çalışmakta olup toplam hemşire sayısı 7’dir. D Blok 4. kat kliniği 10 yataklı olup toplamda 8 hemşire çalışmaktadır. Bu klinikte bir şiftte 1 veya 2 hemşire çalışmaktadır. Beşinci kat Cerrahi Kliniği’nde toplam 23 yatak bulunaktadır. Bu klinikte 12 hemşire görev yapmakta olup bir şiftte çalışan hemşire sayısı 3’tür. Jinekolojik onkoloji Kliniği’nde 23 yatak bulunmakta ve 14 hemşire çalışmakta, İç Hastalıkları Kliniği’nde ise 37 yatak bulunmakta ve 20 hemşire görev yapmaktadır.

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi’nin Medikal Onkoloji Kliniği’nde 22 yatak bulunmakta ve 11 hemşire çalışmaktadır. Her şiftte 3 hemşire çalışmaktadır. Bu hastanenin Genel Cerrahi Kliniği yedinci katta 50 yatak ve 19 hemşire bulunmakta olup her şiftte 3 veya 4 hemşire çalışmaktadır. Genel cerrahi bölümünün altıncı katta bulunan kısmında ise 24 yatak ve 6 hemşire hizmet vermektedir. Bu kısımda her şiftte 1 veya 2 hemşire çalışmaktadır. Gastroenteroloji Kliniği 22 yataklı olup 11 hemşire ile hizmet

vermektedir. Bu kliniğin her şiftinde 2 veya 1 hemşire çalışmaktadır. Jinekoloji Kliniği'nde toplam 28 yatak bulunmakta ve 7 hemşire çalışmaktadır. Bu klinikte her şifte 1 veya 2 hemşire görev yapmaktadır. Bu kliniklerin tümünde klinik ihtiyacına göre değişken sayıda asistan hekim görev yapmaktadır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nin Dâhiliye, Jinekoloji, Cerrahi ve D Blok Özel Klinikleri ile Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi'nin Genel Cerrahi, Medikal Onkoloji, Jinekoloji ve Gastroenteroloji Klinikleri'nde yatan ileri evre kanser hastalarıdır.

Envanter geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının örneklem seçiminde denek sayısı dikkate alınmış olup faktör analizlerini sağlayabilmek amacıyla her madde için en az 5 hastaya ulaşılması planlanmıştır (67). Araştırma 08.02.2018-30.07.2018 tarihleri arasında yapılmış olup çalışmanın örneklemi toplam 127 hasta oluşturmuştur. Örneklem 18 yaş ve üzerinde olan; ileri evre kanser hastalığı ve palyatif bakım gereksinimi bulunan; deliryum, demans ve diğer mental problemleri bulunmayan; çalışmaya katılmaya istekli ve bilgilendirilmiş olur formunu (Ek-1) onaylayabilecek durumda olan; Palyatif Performans Skoru (68, 69) % 40 ve üzerinde olan; Türkçe okuma-yazma bilen ve iletişim kurmaya engel bir durumu olmayan bireyler alınmıştır. Çalışmaya alınacak hastaların palyatif performans skoru alt limitini belirlemede bilinci açık olup beslenmesi normal veya azalmış; özbakımını büyük ölçüde yardımla gerçekleştirebilen; faaliyet ve hastalık bulgusu yönünden “çoğu faaliyeti yapamaz” veya “yayılmış hastalık” düzeyinde ve hareket durumu “genellikle yatakta” kriterlerini kapsayan % 40 düzeyi temel alınmış olup bu düzeyin altındaki hastalar fonksiyonel kapasitelerinin yetersizliği nedeniyle görüşme sırasında çok yorulabilecekleri ve bilinç düzeylerinin değişken olmasına bağlı sağlıklı veri toplanamayabileceğinden dolayı (68) çalışma kapsamına alınmamıştır.

Araştırmanın ikinci aşaması olan nitel çalışmanın örneklemi palyatif bakım hastalarıyla çalışan hemşireler ve bu kliniklerde yatan hastalardan çalışmaya katılmayı kabul edenler oluşturmuştur. Örneklem seçiminde ulaşılan bilgilerin doygunluğu dikkate alınmıştır (70). Araştırmanın nitel kısmının hemşire grubuna lisans mezunu, en az 1 yıldır palyatif bakım hastalarının bulunduğu kliniklerde çalışmakta olan, bilgilendirilmiş olur formunu onaylayan (Ek-2) ve yarı yapılandırılmış görüşme sorularını yanıtlamaya (Ek-3) istekli olan 10 hemşire

katılmıştır. Nitel çalışmanın hasta grubuna 18 yaş ve üzerinde olan, çalışmanın yürütüldüğü servislerde izlenen ve Palyatif Performans Skoru % 40 (68, 69) ve üzerinde olan, deliryum, demans ve diğer mental problemleri bulunmayan; çalışmaya katılmaya istekli ve bilgilendirilmiş olur formunu (Ek-1) onaylayabilecek durumda olan, Türkçe okuma-yazma bilen, iletişim kurmaya engel bir durumu olmayan ve Ek-4'te bulunan yarı yapılandırılmış görüşme sorularını yanıtlamak isteyen 10 hasta katılmıştır.

3.4 Veri Toplama Araçları

Hasta İtibar Envanteri (HİE) geçerlilik güvenilirlik çalışmasının verileri Palyatif Bakım Hastaları İçin Demografik Veri Formu (Ek-5), HİE ve eş zamanlı olarak Türkçe uyarlaması Aydemir (71) tarafından yapılan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) kullanılmıştır.

Araştırmanın demografik verileri hastalar için Palyatif Bakım Hastaları İçin Demografik Veri Formu (Ek-5) ve hemşireler için Hemşire Demografik Veri Formu (Ek-6) ile toplanmıştır.

Çalışmanın her iki grubunda yer alan hastaların çalışmaya katılmaya uygunluk durumunun değerlendirilmesinde Palyatif Performans Skoru (PPS) (68, 69) kullanılmıştır.

3.4.1 Palyatif bakım hastaları için demografik veri formu

Veri formu araştırmaya katılan palyatif bakım hastalarının PPS, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, algıladıkları sosyo-ekonomik düzeyleri, evde kimlerle birlikte yaşadıkları, çalışma durumları, sağlık güvencesi, hastalıkları ve evresine ilişkin bilgileri toplamak için oluşturulmuştur (Ek-5).

3.4.2. Hemşireler için demografik veri formu

Palyatif bakım hastaları ile çalışan hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışmakta oldukları klinik, palyatif bakım hastalarıyla çalıştıkları toplam süre, toplam deneyim sürelerine ilişkin verilerin yanı sıra palyatif bakımla ilgili daha önce herhangi bir eğitim alıp almadıkları ve itibarlı bakım konusunda herhangi bir bilgiye sahip olup olmadıklarını belirlemeye yönelik sorulardan oluşturulmuştur (Ek-6).

3.4.3 Hasta İtibar Envanteri

Palyatif bakım hastalarında itibara ilişkin distressi değerlendirmek amacıyla geliştirilen bu envanter ile palyatif bakım hastalarına verilecek bakımın desteklenmesi gereken yönlerini

saptayabilmek hedeflenmiştir (25). Toplam 25 maddeden oluşan ölçek Chochinov ve arkadaşları (25) tarafından geliştirilen İtibar Modeli'ne uygun olarak hazırlanmış olup orijinal dili İngilizce'dir. Ölçek 5'li Likert tipte olup "1= sorun değil, 2= hafif bir sorun, 3= bir sorun, 4= büyük bir sorun ve 5= baş edilmesi güç bir sorun" biçiminde puanlanmaktadır. Envanterden alınabilecek en az puan 25 en çok puan ise 125'tir. Envanterde ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Envanterden alınan toplam puan arttıkça bireyin saygınlığını tehdit altında hissetme durumu artmaktadır. Üç ve daha üzeri puan alan maddeler, klinik olarak anlamlıdır (25). İkisi Kanada biri Avustralya'da olmak üzere 3 merkezde toplam 253 palyatif bakım hastası ile geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek maddelerinin geçerliliğini değerlendirmek için HİE ile birlikte Edmonton Semptom Değerlendirme Sistemi, Beck Depresyon Ölçeği ve 13 maddelik Semptom ve Kaygı Üzerine Yapılandırılmış Görüşme Ölçeği (Structured Interview Assessment of Symptoms and Concerns in Palliative Care) kullanılmıştır. Test- tekrar test çalışması, testin uygulanmasından 24 saat sonra yapılmıştır. Cronbach alfa katsayısı 0,93 bulunan ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği 0.85 olarak saptanmıştır. Ölçeğin faktör analizinde 5 alt boyut saptanmış olup bunlar "semptom distresi", "varoluş distresi", "bağımlılık", "iç huzur" ve "sosyal destek" şeklinde isimlendirilmiştir (25).

Envanter maddeleri ile bu maddelerin ölçtüğü kavramlar Tablo 3.1'de verilmiştir. Hasta İtibar Envanteri 3 ana tema ve bunlara bağlı 9 alt temayı ölçmeye yönelik geliştirilmiştir. Bu temalardan ilki "hastalığa ilişkin sorunlar" olup alt temaları bağımsızlık düzeyi ve semptom distresidir. İkinci tema "itibar koruyucu birikim" olup alt temaları itibar koruyucu perspektifler ve itibar koruyucu uygulamalar olarak şekillendirilmiştir. Son tema ise "sosyal itibar envanteri" başlığında toplanan mahremiyet sınırları, sosyal destek, bakımın verilme biçimi, diğerlerine yük olma ve kötü sonuç kaygısı alt temalarını kapsamaktadır. Hasta İtibar Envanteri bu modele göre geliştirilip yapılan geçerlilik ve güvenilirlik analizlerine göre 5 alt boyutlu son şekli verilmiştir.

Tablo 3.1 İtibar modeli ve HİE'nin temeli

Temel İtibar Kategorileri, Temaları ve Alt Temaları¹		
<u>Hastalığa İlişkin Sorunlar</u> <u>Bağımsızlık Düzeyi</u> (1, 2) Bilişsel keskinlik (9) Fonksiyonel kapasite (8) <u>Semptom Distresi</u> Fiziksel distres (3) Psikolojik distres (5, 6) <i>Tıbbi belirsizlik</i> (7) <i>Ölüm anksiyetesi</i> (8)	<u>İtibar Koruyucu Birikim</u> <u>İtibar Koruyucu Perspektifler</u> Benliğin sürdürülmesi (4, 11) Rol devamlılığı (13) Üretkenlik/kalıcılık (15, 16) Özsaygının sürdürülmesi (12) Ümitli olma (14) Otonomi/kontrol (19) Kabullenme (24) Dayanıklılık/savaşma gücü (23) <u>İtibar Koruyucu Uygulamalar</u> Anda yaşama (10) Normallığı sürdürme (10) Spiritüel huzur arayışı (17)	<u>Sosyal İtibar Envanteri</u> <u>Mahremiyet Sınırları</u> (20) <u>Sosyal Destek</u> (21, 22) <u>Bakımın Verilme Biçimi</u> (25) <u>Diğerlerine Yük Olma</u> (18) <u>Kötü Sonuç Kaygısı</u>

¹Parantez içindeki sayılar Hasta İtibar Envanterinde parantezden önceki özelliği ölçen maddelerin numarasıdır. HİE: Hasta İtibar Envanteri

Ölçeğin Almanca (26), İtalyanca (27), İspanyolca (28), Yunanca (29) ve Çekçe (30) dillerinde geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış olup bu dillerde de geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır.

Hasta İtibar Envanteri'nin orijinal geçerlilik güvenilirlik çalışmasında saptanan faktörler, faktör yükleri ve kapsadıkları maddeler Tablo 3.2'de özetlenmiştir. Faktör yükü 0,55 üzeri olan maddeler değerlendirmeye alınmış; birden fazla faktöre yüklenmiş olan maddeler alt boyutlara dâhil edilmemiştir. Ancak herhangi bir alt boyuta eklenmeyen bu maddeler (madde 10, 19, 23 ve 24) envanterden çıkarılmamıştır (25).

Tablo 3.2 HİE orijinal versiyonu alt boyutları ve faktör yükleri*

Orijinal Ölçekteki Alt Boyutlar ve Maddeler	Faktör Yükü	Faktör
Faktör 1: Semptom Distresi (madde 3, 5, 6, 7, 8, 9)		
Fiziksel sıkıntıya yol açan şikâyetler yaşıyorum (örn; ağrı, nefes darlığı, bulantı).	0.57	1
Bunalımda olduğumu hissediyorum.	0.71	1
Kaygılı olduğumu hissediyorum.	0.71	1
Hastalığım ve tedavisi hakkında belirsizlik hissediyorum.	0.68	1
Geleceğim hakkında endişeliyim.	0.64	1
Açık ve net bir şekilde düşünemiyorum.	0.58	1
Faktör 2: Varoluşsal Distres (madde 4, 11, 12, 13, 14, 18)		
Başkaları tarafından nasıl görüldüğümün önemli derecede değiştiğini hissediyorum.	0.57	2
Artık eski ben değilmişim gibi hissediyorum.	0.63	2
Faydalı ya da değerli olduğumu hissetmiyorum.	0.74	2
Önemli rollerimi yerine getiremiyorum (örn; eş, ebeveyn).	0.65	2
Artık, yaşamın bir anlamı ve amacı kalmadığını hissediyorum.	0.68	2
Diğerlerine yük olduğumu hissediyorum.	0.58	2
Faktör 3: Bağımlılık (madde 1, 2, 20)		
Günlük yaşantımla ilgili işlerimi yapamıyorum (örn; banyo yapmak, giyinmek).	0.77	3
Bedensel işlevlerimi bağımsızca yerine getiremiyorum (örn; tuvaletle ilgili konularda yardıma ihtiyaç duyuyorum).	0.80	3
Hastalığımın ve bakım ihtiyaçlarımın, mahremiyetimi azalttığını düşünüyorum.	0.55	3
Faktör 4: İç Huzur (madde 15, 16, 17)		
Yaşamım boyunca anlamlı ve kalıcı bir katkıda bulunmadığımı hissediyorum.	0.61	4
“Yarım kalan işlerim” varmış gibi hissediyorum (örn; söyleyemediğim, tamamlayamadığım şeyler).	0.56	4
Manevi yaşantımın anlamlı olmamasından endişeliyim.	0.82	4

Tablo 3.2 HİE orijinal versiyonu alt boyutları ve faktör yükleri* (devam)

Orijinal Ölçekteki Alt Boyutlar ve Maddeler	Faktör Yüğü	Faktör
Faktör 5: Sosyal destek (madde 21, 22, 25)		
Aile ve arkadaş grubum tarafından desteklendiğimi hissetmiyorum.	0.81	5
Sağlık görevlileri/çalışanları tarafından desteklendiğimi hissetmiyorum.	0.70	5
Diğer insanlar tarafından saygılı ve anlayışlı muamele görmüyorum.	0.76	5
Birden fazla faktör yüküne sahip veya faktör yükü 0,55'in altında olan maddeler (madde 10, 19, 23, 24)		
Günlük alışkanlıklarımı/düzenimi sürdüremiyorum.	0.43	2
	0.43	3
Yaşamımın kontrolünü elimde tutamadığımı hissediyorum.	0.42	2
	0.46	3
Hastalığımın getirdiği zorluklarla artık zihinsel olarak savaşamayacağımı hissediyorum.	0.53	1
Olayları olduğu gibi kabul edemiyorum.	0.53	1
	0.42	3

*Kaynak: (Chochinov, Hassard & Clement; 2008) HİE: Hasta İtibar Envanteri

3.4.4 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1997 yılında Aydemir ve arkadaşları (71) tarafından yapılmış olup ölçek 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin 7 maddesi anksiyete, 7 maddesi ise depresyon alt boyutlarını ölçmektedir. Ölçeğin 1, 3, 5, 7, 9, 11 ve 13. maddeleri anksiyete alt boyutunu; 2, 4, 6, 8, 10 ve 12. maddeleri depresyon alt boyutunu göstermektedir. Ölçek dördümlü Likert tiptedir ve bir ifadeden alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan ise 3'tür. Ölçeğin 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 ve 13. maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçeğin genel bir toplam puanı olmayıp her iki alt boyut için ayrı ayrı puan hesaplanmaktadır. Hem anksiyete hem de depresyon alt boyutları için alınabilecek en az puan 0; en çok puan ise 21'dir. Anksiyete alt boyutunun kesme noktası 10 puan; depresyon alt boyutunun kesme noktası ise 7 puandır. Bu puanların üzerindeki puanlar bireyin depresyon ve/veya anksiyete bakımından yüksek risk altında olduğunu göstermektedir. Ölçek bedensel hastalığa sahip bireylerin anksiyete ve depresyon risklerini belirlemek için kullanılmakta olup bilinen psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerde kullanımı uygun değildir (71).

3.4.5 Palyatif Performans Skalası

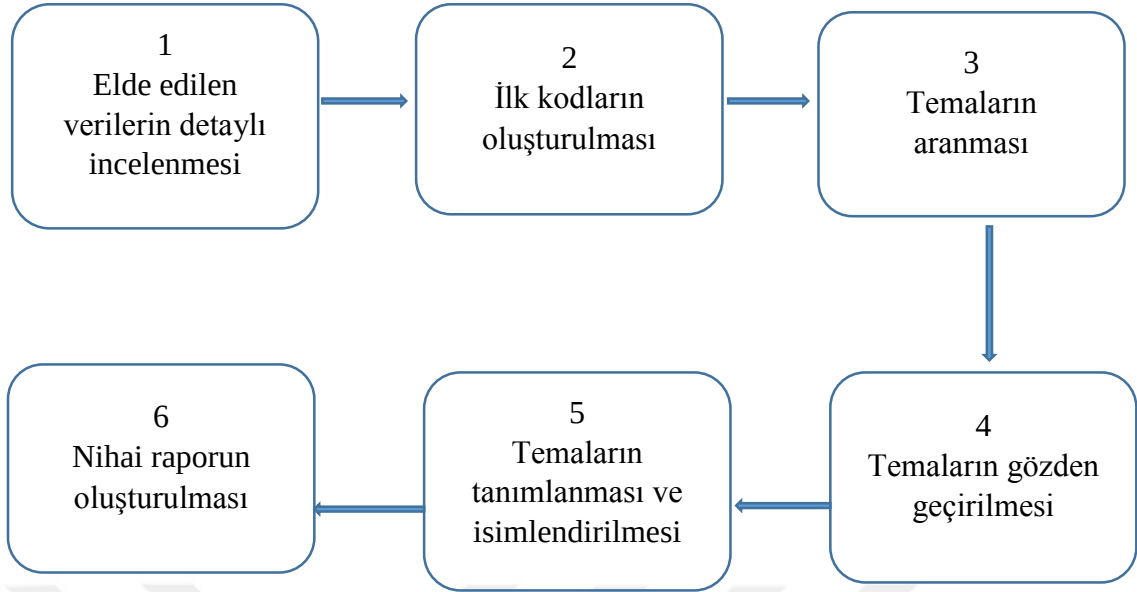
Anderson ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilen Palyatif Performans Skalası (PPS) (Ek-7) hastanın hareket durumu, faaliyet ve hastalık bulgusu, özbakım, beslenme ve bilinç düzeyi yönlerinden değerlendirilmesini sağlamaktadır (68). Derecelendirme düzeyi % 0'dan başlayıp % 10'luk artışlarla % 100'e ulaşan skala, sağlık personelinin değerlendirmesi için geliştirilmiştir. Değerlendirme için en solda bulunan hareket durumundan başlanıp hastaya en uygun yüzdelik dilim bulunduğundan sonra sırasıyla diğer sütunlardaki performans alanları da değerlendirilerek hastaya en uygun yüzdelik PPS skoru atanır. Burada dikkat edilmesi gereken durum soldaki bir sütunun sağdaki bir sütundan daha etkili bir belirleyici olmasıdır (68, 69).

3.4.6 Tema analizi

Araştırmada palyatif bakım hastalarının ve hemşirelerin itibarlı bakıma ilişkin görüşlerinin alınması aşamasında Braun & Clarke'nin (2006) altı basamaklı tematik analiz yöntemi kullanılmıştır (72). Bu aşamalar şöyle özetlenebilir:

1. Elde edilen verilerin detaylı incelenmesi: Eğer gerekliyse verilerin yazıya dökülmesi, birkaç kez okunması ve bu sırada gerekli görülen notların alınması aşamasıdır.
2. İlk kodların oluşturulması: Veri setindeki özellikli bilgilerin ve bunlara ilişkin açıklamaların kodlanması aşamasıdır.
3. Temaların aranması: Oluşturulan kodların birbirleriyle ilişkili olarak gruplandırılması ve bu kodların içeriğine göre temalar oluşturulmasıdır.
4. Temaların gözden geçirilmesi: Oluşturulan temaların elde edilmiş kodlar ve veri setine uygunluğunun değerlendirilip analizin tematik haritasının çıkarılması basamağıdır.
5. Temaların tanımlanması ve isimlendirilmesi: Bu aşamada her bir temanın özellikleri belirlenerek açık ve net bir tanımlı yapılır.
6. Nihai raporun oluşturulması: Etkili içerik örneklerinin verildiği, araştırma sorularını yanıtlamaya yönelik bilimsel bir raporun oluşturulmasıdır.

Bu yöntemin basamakları Şekil 3.1'de gösterilmiştir.



Şekil 3.1 Braun & Clarke tematik analiz basamakları (Braun & Clarke; 2006)

3.5 Araştırmanın Uygulanması

3.5.1 Dil ve kapsam geçerliliği

Envanter, dil geçerliliği için araştırmacı ve bir akademisyen tarafından birbirinden bağımsız biçimde Türkçe'ye çevrilmiştir. Envanterin Türkçe ve orijinal İngilizce formu beş akademisyen hemşire, bir uzman hemşire, bir eğitim hemşiresi, bir sosyal hizmet uzmanı, bir uzman psiko-onkolog ve bir medikal onkolog olmak üzere farklı alanlarda uzman on kişinin görüşüne sunulmuştur.

Uzman görüşlerinin envanter ifadelerine ilişkin değerlendirmeleri Tablo 3.3'te özetlenmiştir. Envanterin kapsam geçerlilik oranı (KGO) Davis (1992) tekniğine göre başlık, açıklama ve her bir madde için ayrı ayrı hesaplanmıştır (73, 74). Davis tekniği dört anahtarlı değerlendirmeler için uygundur. Araştırmada kullanılan anahtar "a=uygun değil; b=biraz uygun; c=uygun ve d=çok uygun" biçimindedir. Davis tekniğine göre bir ifadeyi c ve d anahtarlarını üzerinden değerlendiren uzman sayısının o ifade için değerlendirme yapan toplam uzman sayısına oranı Kapsam Geçerlilik Oranını vermektedir. Davis tekniğine göre kapsam geçerlilik oranı 0,8 ve üzeri olmalıdır (74). Davis tekniğine göre envanterin 2. Maddesinin kapsam geçerlilik oranı 0,9 ve 9. Maddesinin kapsam geçerlilik oranı 0,8 olarak bulunmuştur. Başlık, açıklama, anahtar ve diğer tüm maddelerin kapsam geçerlilik oranları 1 olarak

bulunmuştur. Görüşlerine başvurulmuş uzmanlar tüm maddeleri değerlendirmiş; yalnızca iki uzman “başlık ve açıklama” ile “anahtar” uygunluğunu değerlendirmemiştir.

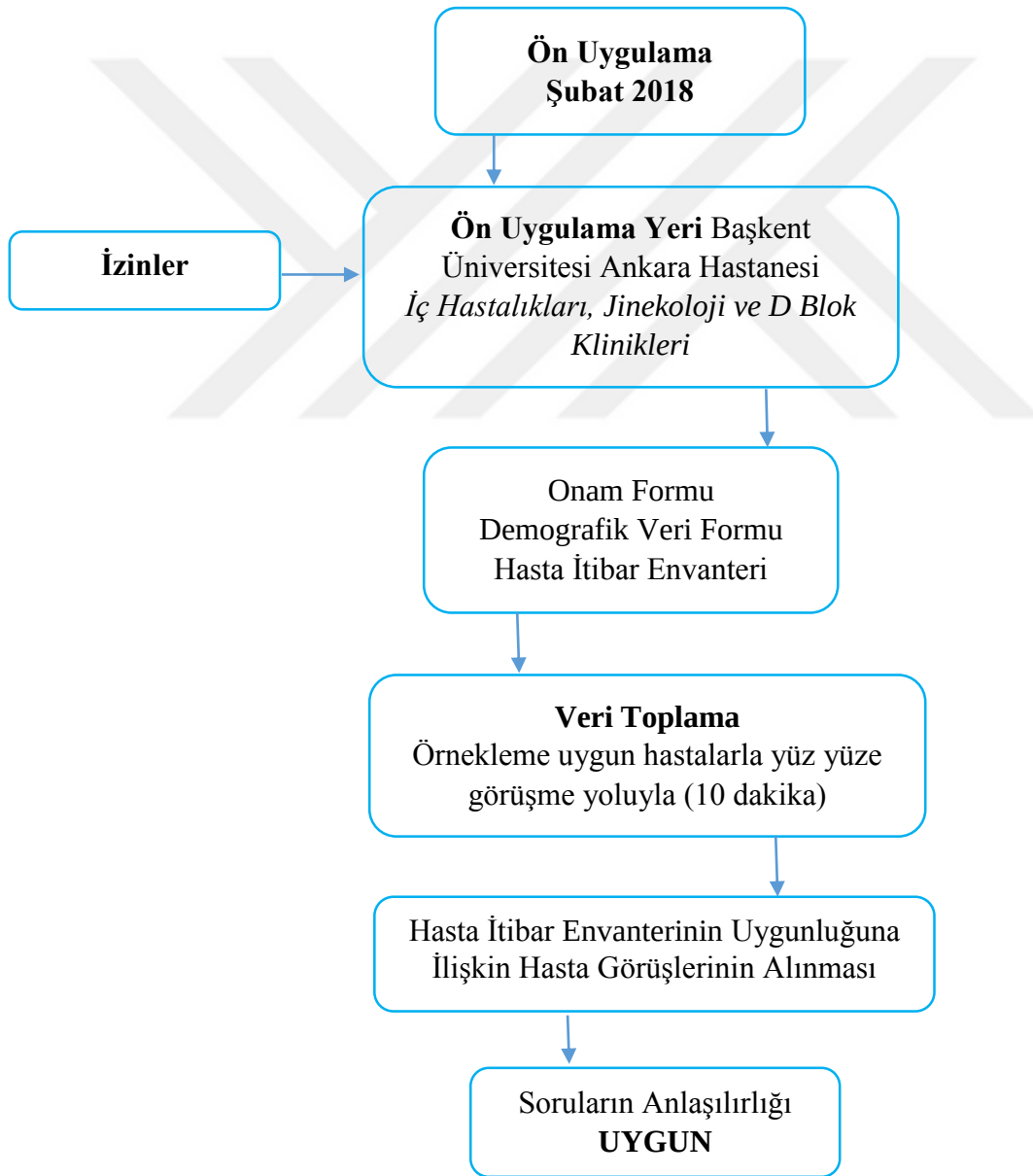
Tablo 3.3 HİE Türkçe versiyonu uzman görüşü değerlendirmesi

Anahtar/Maddeler	Uygun Değil	Biraz Uygun	Uygun	Çok Uygun	KGO
Başlık ve Açıklama			3	5	1
Anahtar			2	6	1
Madde 1			1	9	1
Madde 2		1	2	7	0.9
Madde 3			5	5	1
Madde 4			1	9	1
Madde 5			1	9	1
Madde 6			2	8	1
Madde 7			1	9	1
Madde 8				10	1
Madde 9		2	1	7	0.8
Madde 10				10	1
Madde 11				10	1
Madde 12			1	9	1
Madde 13			2	8	1
Madde 14				10	1
Madde 15				10	1
Madde 16				10	1
Madde 17			2	8	1
Madde 18				10	1
Madde 19			1	9	1
Madde 20				10	1
Madde 21				10	1
Madde 22			3	7	1
Madde 23				10	1
Madde 24			1	9	1
Madde 25			1	9	1

HİE: Hasta İtibar Envanteri; KGO: Kapsam Geçerlilik Oranı

3.5.2 Ön uygulama

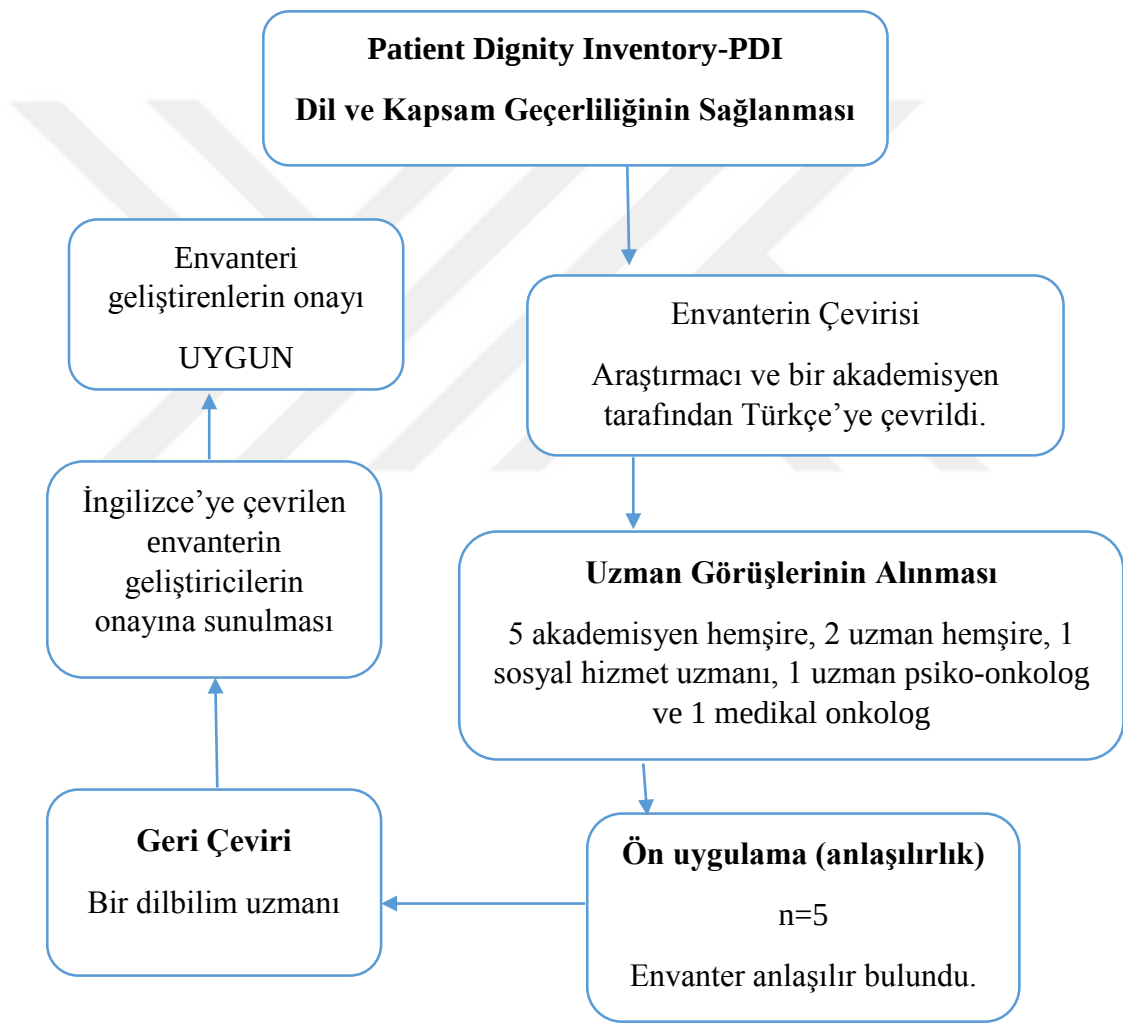
Uzman görüşleriyle son hali verilen envanterin dil bakımından anlaşılabilirliğini test etmek için beş hasta ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sırasında hastanın onamı ve demografik verileri alınmış olup envanter hasta tarafından veya araştırmacının okuyup hastanın verdiği yanıtı envanter üzerinde işaretlemesi yoluyla doldurulmuştur. Bu süreçte hastalara soruların anlaşılır olup olmadığı da sorulmuştur. Ön uygulama süreci her hasta için yaklaşık 10 dakika sürmüştür. Hastalardan alınan geribildirimde göre dil bakımından anlaşılır bulunan envanterin geri çevirisi yapılmıştır. Ön uygulama verileri örnekleme dâhil edilmemiştir. Araştırmanın ön uygulama süreci Şekil 3.2’de şema halinde gösterilmiştir.



Şekil 3.2 Hasta İtibar Envanteri ön uygulama süreci

3.5.3 Geri çeviri süreci

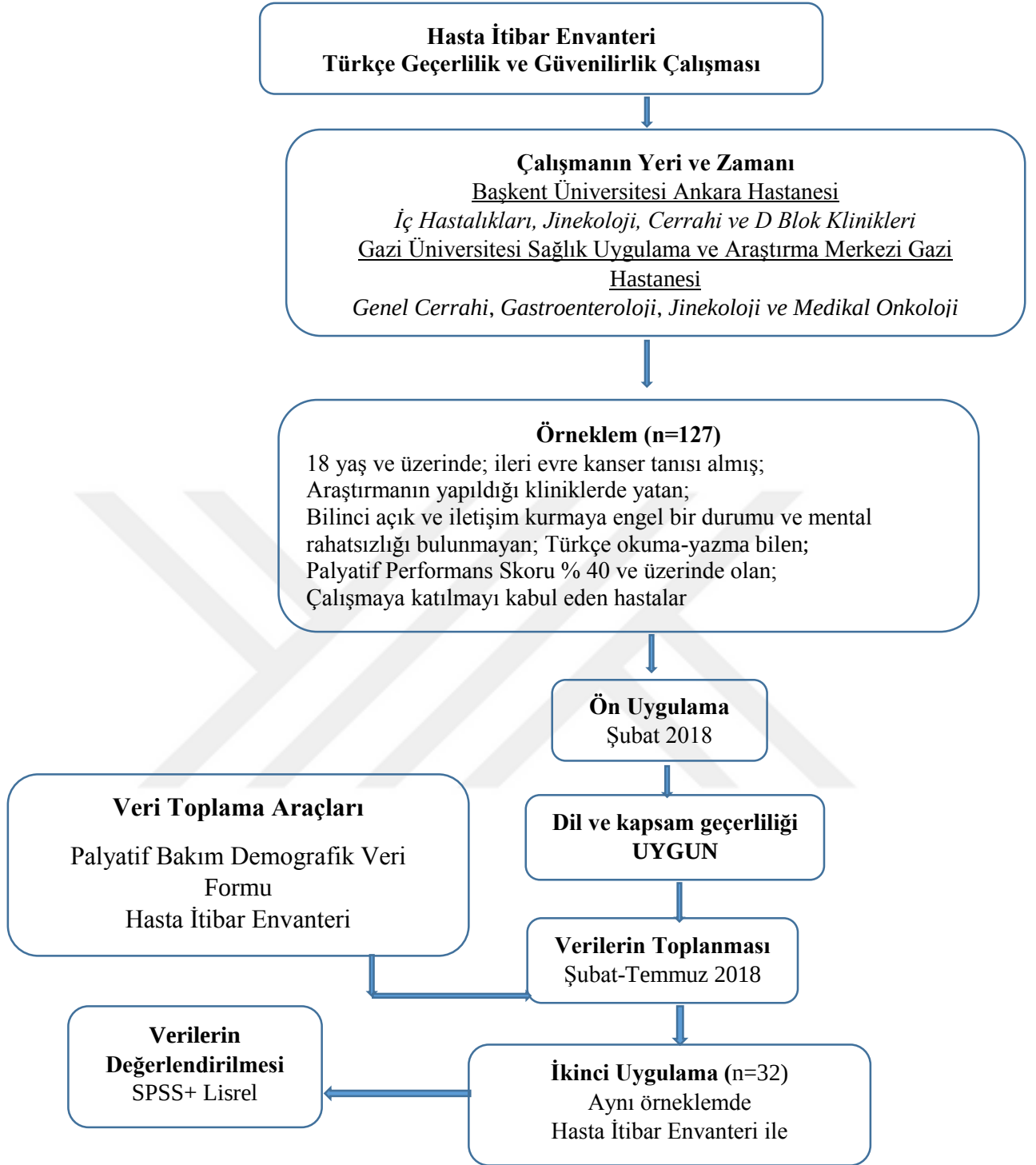
Uzman görüşlerine ve ön uygulama verilerine göre son hali verilen envanterin Türkçe versiyonun İngilizce'ye geri çevirisi bir dil bilimci tarafından yapılmıştır. Envanterin Türkçe'den İngilizce'ye çevirisi, uygunluk bakımından değerlendirmeleri için envanteri geliştirenlerin onayına sunulmuştur. Dil ve kapsam geçerliliği, ön uygulama ve geri çeviri süreci Şekil 3.3'te gösterilmiştir.



Şekil 3.3 Envanter geri çeviri süreci

3.5.4 Verilerin toplanması

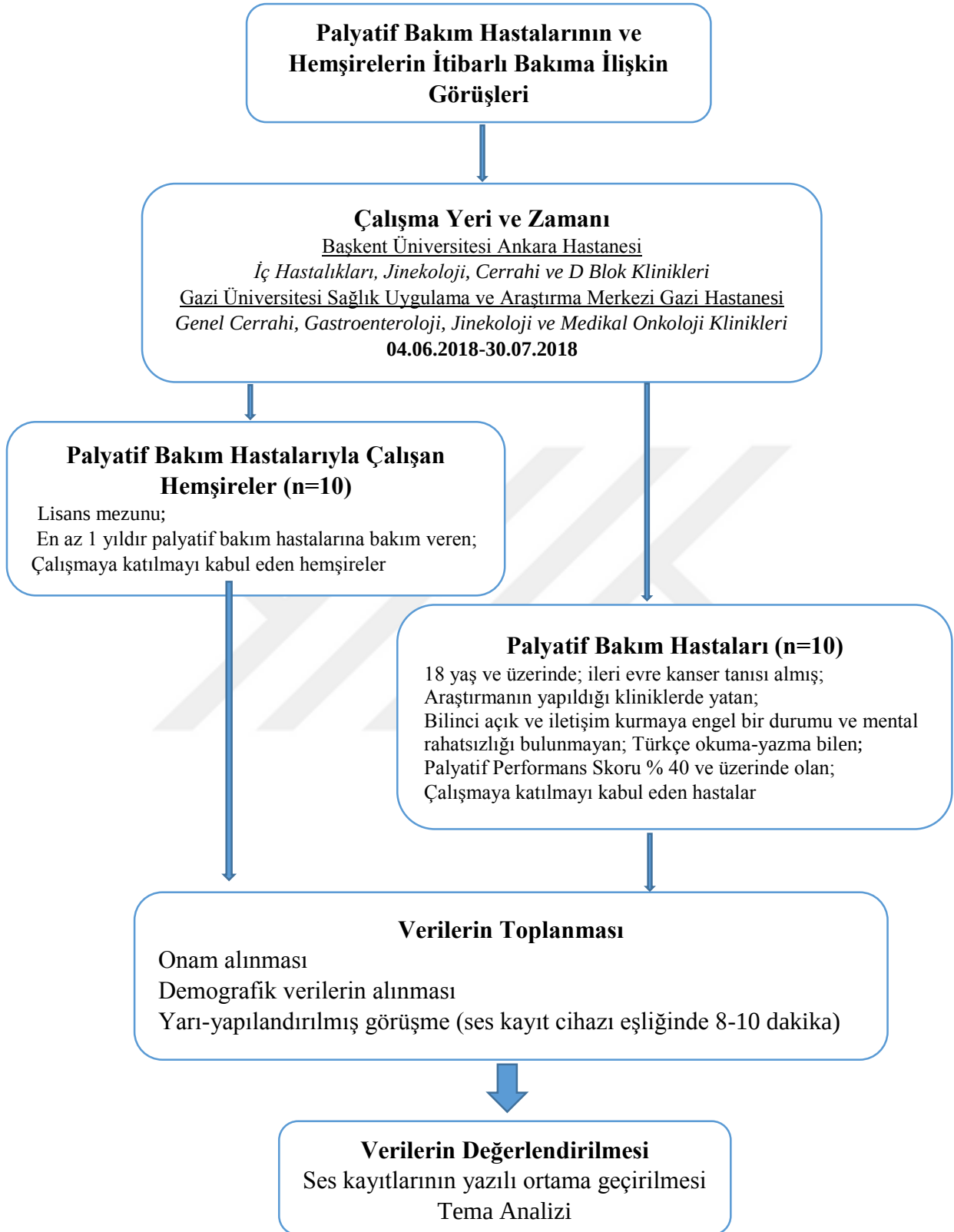
Envanter uyarlama sürecinin verileri 08.02.2018-30.07.2018 tarihleri arasında, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nin Dâhiliye, Jinekoloji ve D Blok Özel Klinikleri ile Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi'nin Gastroenteroloji, Genel Cerrahi, Jinekoloji ve Medikal Onkoloji Klinikleri'nde yatan, örneklem özelliklerine uygun ve çalışmaya katılmayı kabul eden 127 ileri evre kanser hastasından toplanmıştır. Envanterin zaman içinde değişmezliği ve güvenilirliğinin incelenmesi amacıyla test-tekrar test çalışması yapılmış olup ilk değerlendirmeden en az 1 hafta sonra (min: 1 hafta; max: 5 hafta, ortalama 2 hafta) ulaşılabilen hastalarla ikinci test yapılmıştır. Bir ölçeğin güvenilirliğinin test edilmesi için aynı ölçeğin belirli bir süre sonra daha önce değerlendirmiş bireyler tarafından yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir (75, 76). Test- tekrar test güvenilirliği için Pearson momentler çarpımı analizi kullanılmakta olup korelasyon katsayısının kararlı olabilmesi için örneklemin en az 30 kişiden oluşması gerekmektedir (76). Bu araştırmada ikinci test 32 hasta ile yapılmıştır. İlk görüşme sırasında hastalara ikinci görüşmenin gerekli olabileceği belirtilmiş ve envanterin ikinci değerlendirmesi için PPS skoru % 90 olan 10 hastaya içinde HİE ve posta pulu bulunan, üzerinde adres yazılı zarflar verilmiştir. Hastalardan bu zarfları 3 hafta sonra postalamaları istenmiştir. Posta yoluyla göndermek istemeyen diğer hastalara araştırmacının kendilerine verilen onam formunun son sayfasında bulunan cep telefonu yoluyla mesaj gönderebilecekleri belirtilmiştir. Posta veya cep telefonu mesajı yoluyla geri dönüş olmamıştır. Bu nedenle ikinci görüşmeler yaklaşık 3 haftalık süre içerisinde hastanede yatmaya devam eden veya bu süreçte kontrole gelen ya da araştırmacı tarafından telefonla aranarak ulaşılabilen hastalar ile yapılmıştır. Veriler hastanın kendisi veya araştırmacının hastaya okuyup hastanın verdiği yanıtı formlar üzerinde işaretlemesi yoluyla toplanmıştır. Veri toplama sürecinde hastalar onam formu, demografik veri formu, HADÖ ve HİE formlarını doldurmuşlardır. Formları kendisi dolduran hastalarda bu süre yaklaşık 6-7 dakika sürmüştür. Formlar araştırmacının yardımıyla doldurulduğunda ise ortalama 10-15 dakika zaman almıştır. Bu süreç Şekil 3.4'te gösterilmiştir.



Şekil 3.4 Hasta İtibar Envanteri Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması süreci

Palyatif bakım hastalarının ve hemşirelerin görüşlerinin alınması aşamasında ise katılımcıların onamı alındıktan sonra yalnızca demografik verileri alınmış olup yapılan görüşmeler ses kayıt cihazıyla kayıt edilmiştir. Kayıt sırasında katılımcının ismi kullanılmamış, kayıt işlemi kendisine atanan kod numarası ile yapılmıştır. Bu görüşmeler yarı yapılandırılmış görüşme yöntemiyle yapılmış olup hemşirelere sorulan sorular Ek-3'te, hastalara sorulan sorular ise Ek-4'te sunulmuştur. Hasta ve hemşirelerin itibarlı bakıma ilişkin görüşleri 04.06.2018-30.07.2018 tarihleri arasında alınmış olup araştırmanın bu aşamasının örneklemi toplam 10 hasta ve 10 hemşireden oluşmuştur. Bir hasta hem envanter uyarlama örneklemine hem de hasta görüşlerinin alındığı örnekleme kendi isteğiyle dahil olmuştur. Elde edilen verilerin tematik analizi yapılmıştır. Palyatif bakım hastalarının ve hemşirelerin itibarlı bakıma ilişkin görüşlerinin alınması süreci Şekil 3.5'te gösterilmiştir.





Şekil 3.4 Palyatif bakım hastaları ve hemşirelerinin itibarlı bakıma ilişkin görüşlerinin alınması süreci

3.6 Verilerin Değerlendirilmesi

3.6.1 Hasta İtibar Envanterinin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri

Araştırmada verilerin değerlendirilmesi için SPSS 15.0 (Statistical Programme for Social Sciences) (77) ve Lisrel 8.7 (78) paket programı kullanılmıştır. Çalışmada elde edilen veriler nitel ve nicel yöntemler kullanılarak değerlendirilmiştir. Hasta İtibar Envanteri Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması verilerinin analizinde parametrik testler kullanılarak güvenilirlik analizi ve Ki-kare testleri ile değerlendirme yapılmıştır. Test-tekrar test değerlendirmesi için Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık seviyesi 0.05 olup $p < 0.05$ olması durumunda değişkenler arasında anlamlı bir farklılığın olduğu; $p > 0.05$ olması durumunda ise değişkenler arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Hasta İtibar Envanteri'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sürecinde kullanılan yöntemler aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Tablo 3.4 HİE Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması veri analizleri

Amaç	Analiz Türü		Uygulanan Yöntem
Geçerlilik Analizi*	Yorumsal geçerlilik	Dil geçerliliği	<i>Türkçe'ye çeviri-İngilizce'ye geri çeviri</i>
		Yüzeysel geçerlilik Kapsam geçerliliği	<i>Uzman görüşlerinin alınması</i> <i>Davis tekniğine göre değerlendirilmesi</i>
	Ölçüte dayalı geçerlilik	Eşzaman geçerliliği	<i>Envanterin orijinal halindeki alt boyutlarının birbirleri ve HADÖ alt boyutları arasındaki korelasyon</i>
Güvenilirlik Analizi*	Yapısal geçerlilik	Yapı geçerliliği	<i>Yapısal Eşitlik Modellemesi ve Açıklayıcı Faktör Analizi</i>
	İç tutarlılık	Cronbach α güvenilirlik katsayısı	<i>Cronbach α katsayısı</i>
	Kararlılık	Test-tekrar test	<i>Pearson Momentler Çarpımı</i> <i>Eşleştirilmiş örneklem t testi</i>

*(Karakoç ve Dönmez; 2014) HİE: Hasta İtibar Envanteri

Palyatif bakım hastalarının ve hemşirelerin itibarlı bakıma ilişkin görüşlerinin alındığı aşamanın demografik verilerinin analizinde SPSS 15.0 (Statistical Programme for Social Sciences) paket programı kullanılmıştır (77).

3.6.2 Palyatif bakım hastalarıyla yapılan görüşmelerin değerlendirilmesi

Palyatif bakım hastalarının itibarlı bakıma ilişkin görüşlerini almak için yüz yüze yarı yapılandırılmış görüşme deseni uygulanmış olup bu görüşmeler hastanın odasında yapılmıştır. Hastalarla yapılan görüşmelerde mahremiyetin korunmasına dikkat edilmiştir. Hastalarla yapılan görüşmeler ortalama 10 dakika sürmüş olup görüşmeler ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Çalışmaya katılan iki hastaya refakatçileri de eşlik etmiştir. Ancak refakatçilerin hastalara destek olmak amacıyla verdikleri yanıtlar değerlendirme kapsamından çıkarılmıştır. Palyatif bakım hastalarının görüşlerine ait ses kayıtları yazılı ortama geçirildikten sonra elde edilen verilerden tema analizi yapılmıştır. Tema analizi için Braun & Clarke'nin (72) altı basamaklı analiz yöntemi kullanılmıştır.

Tema analizi sürecinde ses kayıtları araştırmacı tarafından çözümlenmiş ve hastaların ifadelerine hiçbir yorum eklenmeksizin her bir hasta için ayrı bir çözümleme dosyası oluşturulmuştur. Elde edilen verilerin kodları ve olası temalar araştırmacı tarafından oluşturulduktan sonra hemşirelik alanında öğretim üyesi 2 uzmanın görüşüne sunulmuş ve bu uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda temalara son şekli verilmiştir.

3.6.3 Palyatif bakım hastalarına bakım veren hemşirelerle yapılan görüşmelerin değerlendirilmesi

Palyatif bakım hastalarına bakım veren hemşirelerin itibarlı bakıma ilişkin görüşleri yarı yapılandırılmış görüşme yoluyla ve ses kayıt cihazına kaydedilerek yapılmış olup görüşmeler hemşire odasında, uygun olan herhangi bir odada veya hemşire deskinde yapılmıştır. Görüşme süresi ortalama 10 dakikadır. Palyatif bakım hastalarına bakım veren hemşirelerin görüşlerine ait ses kayıtları yazılı ortama geçirildikten sonra elde edilen verilerden tema analizi yapılmıştır. Tema analizi için Braun & Clarke'nin (72) altı basamaklı analiz yöntemi kullanılmıştır.

Temaları oluşturmak için ses kayıtları araştırmacı tarafından çözümlenmiş ve hemşirelerin ifadelerine hiçbir yorum eklenmeksizin her bir hemşire için ayrı bir çözümleme dosyası oluşturulmuştur. Elde edilen verilerin kodları ve olası temalar araştırmacı tarafından oluşturulduktan sonra hemşirelik alanında öğretim üyesi 2 uzmanın görüşüne sunulmuş ve bu uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda temalara son şekli verilmiştir.

3.7 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Başkent Üniversitesi Etik Kurulu'ndan gerekli izinler (KA17/280) alınmıştır (Ek-8). Ayrıca Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi ile Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi başhekimliğinden araştırmanın yapılması için izin alınmıştır.

Orijinal dili İngilizce olan HİE'nin (Chochinov, Hassard ve McClement) dilimize uyarlanması için geliştiricilerden e-posta yoluyla izin alınmış olup Ek-9'da sunulmuştur. Ölçeğin orijinal hali ise Ek-10'da sunulmuştur.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin araştırmada kullanılabilmesi için HADÖ'nün Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik çalışmasını yapan Aydemir'den izin alınmış olup Ek-11'de sunulmuştur. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ise Ek-12'de sunulmuştur.

Araştırmaya katılan hemşirelere ve hastalara çalışmanın amacına ilişkin bilgiler içeren onam formu okutulmuş ve yazılı izinleri alınmıştır. Hastalar için gönüllü olur formu Ek-1'de, hemşireler için gönüllü olur formu Ek-2'de sunulmuştur.

3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın Ankara'daki palyatif bakım merkezlerinde (Ankara Ulus Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Kliniği, Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Hastanesi Palyatif Bakım Kliniği ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Kliniği) yatan hastalar ve buralarda çalışan hemşirelerle yapılması planlanmış ancak gerekli kurum izinleri alınamadığı için araştırma yeri değiştirilerek Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Palyatif Bakım Klinikleri'nde yapılması hedeflenmiştir. Bu kurumların izin sürecinde meydana gelen aksaklıklardan dolayı veri toplama sürecinin uzaması nedeniyle araştırma yeri tekrar değiştirilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmada bulgular üç başlık altında verilmiştir:

1. Hasta İtibar Envanteri Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizlerine ait bulgular
2. Palyatif bakım hastalarının itibarlı bakıma ilişkin görüşleri
3. Palyatif bakım hastalarıyla çalışan hemşirelerin itibarlı bakıma ilişkin görüşleri

4.1 Hasta İtibar Envanteri Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizlerine ait bulgular

4.1.1 Hasta İtibar Envanteri Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması demografik bulguları

Hasta İtibar Envanteri'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasına Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi'nden 110, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nden 17 hasta katılmıştır.

Tablo 4.1'de çalışmaya katılan hastaların demografik özellikleri özetlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların yaş aralığı 23-85 olup yaş ortalaması 60.04 yıldır. Katılımcıların % 56.7'si kadın; % 43.3'ü erkektir. Katılımcıların % 79.5'i evli; % 16.5'i boşanmış veya dul ve % 3.9'u bekârdır. Araştırmaya katılan hastaların % 40.9'u eşi ve çocuklarıyla; % 37.8'i eşiyle; % 5.5'i yalnız; % 0.8'i anne ve babasıyla ve % 15'i diğer kişilerle (yalnızca çocukları, torunu, gelini veya damadıyla) birlikte yaşamaktadır. Katılımcıların % 14.2'si okur-yazar olup % 41.7'si ilkokul; % 8.7'si ortaokul; % 18.1'i lise; % 15'i üniversite ve % 2.4'ü yüksek lisans/doktora mezunudur. Çalışmaya katılan hastaların % 59.1'i il merkezinde; % 23.6'sı ilçede; % 14.2'si köyde ve % 3.1'i kasabada yaşamaktadır. Katılımcıların % 71.7'si sosyo-ekonomik düzeylerini orta; % 17.3'ü iyi ve % 11'i kötü olarak bildirmiştir. Araştırmaya katılan hastaların % 43.9'u emekli ve % 15.7'si çalışmakta olup % 40.9'u hiç çalışmamıştır veya bir süredir çalışmamaktadır. Katılımcıların % 95.3'ünün sürekli sağlık güvencesi mevcut olup % 4.7'sinin sağlık güvencesi geçici sürelidir.

Tablo 4.1 HİE Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasına katılan hastaların demografik verileri (n=127)

Demografik Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş $\bar{x}$ =60.04 min=23 max=85		
23-39	8	6.3
40-54	32	25.2
55-69	58	45.7
70-85	29	22.8
Cinsiyet		
Kadın	72	56.7
Erkek	55	43.3
Medeni Durum		
Evli	101	79.5
Boşanmış/Dul	21	16.5
Bekâr	5	3.9
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Eşi ve çocuklarıyla yaşıyor	52	40.9
Eşiyle yaşıyor	48	37.8
Yalnız yaşıyor	7	5.5
Anne ve babasıyla yaşıyor	1	0.8
Diğer (çocukları/torunu/gelini/damadı ile birlikte)	19	15.0
Eğitim Durumu		
Okur-yazar	18	14.2
İlkokul	53	41.7
Ortaokul	11	8.7
Lise	23	18.0
Lisans/Üniversite	19	15.0
Yüksek lisans/Doktora	3	2.4

Tablo 4.1 HİE Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasına katılan hastaların demografik verileri (n=127) (devam)

Demografik Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaşanılan Yer		
İl	75	59.1
İlçe	30	23.6
Köy	18	14.2
Kasaba	4	3.1
Algılanan Sosyo-ekonomik Durum		
İyi	22	17.3
Orta	91	71.7
Kötü	14	11.0
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	20	15.7
Çalışmıyor	52	40.9
Emekli	55	43.4
Sağlık Güvencesi		
SGK	120	94.5
Özel Sigorta	1	0.8
Diğer (geçici süreli sağlık güvencesi)	6	4.7

*HİE: Hasta İtibar Envanteri

Araştırmaya katılan hastaların tanı, palyatif performans skoru ve kanser evrelerine göre dağılımı Tablo 4.2’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların % 25.2’si jinekolojik kanser grubunda olup bu grubu oluşturan hastalıklar over, endometrium, serviks ve vulva kanseridir. Jinekolojik kanser grubundaki hastaların % 56.25’i over; % 25’i; endometrium; % 12.5’i serviks ve % 6.25’i vulva kanseridir. Katılımcıların % 21.3’ü kolorektal kanser grubunda olup bu grupta kolon, rektum ve sigmoid kanserleri bulunmaktadır. Kolorektal kanser grubundaki hastaların % 74.1’i kolon; % 22.2’si rektum ve % 3.7’si kolon kanseridir. Hastaların % 20.5’i gastrointestinal kanser hastası olup bu grupta mide, özofagus ve pankreas kanserleri bulunmaktadır. Gastrointestinal kanser grubundaki hastaların % 46.2’si mide; % 46.2’si pankreas; % 7.6’sı özofagus kanseridir. Katılımcıların % 11.8’i meme kanseridir. Araştırmaya katılan hastaların % 7.9’u hepatosellüler kanser grubunda olup bu grupta karaciğer kanseri ve

kolanjiosellüler kanser bulunmaktadır. Hepatosellüler kanser grubunun % 70'i hepatosellüler karsinoma; % 30'u kolanjiosellüler karsinoma hastalıklarına sahiptir. Hastaların % 6.3'ü akciğer kanseri; % 3.1'i baş-boyun kanseridir. Baş-boyun kanseri grubunda tiroid (% 1.5), hipofarenks (% 0.8) ve mandibula (% 0.8) kanserleri bulunmaktadır. Çalışmaya katılan hastaların % 1.6'sı kondrosarkom; % 0.8'si mezenkim kanseri olup bu grup "kemik ve yumuşak doku kanserleri" olarak adlandırılmıştır. Prostat ve testis kanseri olan hastalar erkek üreme sistemi kanseri grubuna dâhil edilmiş olup örneklemin % 1.5'ini oluşturmuştur. Araştırmaya kabul edilen hastaların % 55.9'u evre 4; % 44.1'i evre 3 kanser hastasıdır. Palyatif Performans Skoru bakımından incelendiğinde hastaların % 26.8'inin PPS % 90; % 36.2'sinin PPS % 80; % 25.2'sinin PPS % 70; % 7.1'inin PPS % 60; % 3.9'unun PPS % 50 ve % 0.8'inin PPS % 40 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2 HİE Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasına katılan hastaların kanser tipi, evresi ve palyatif performans skoruna göre dağılımı (n=127)

Özellik	Hastalar	
Kanser Tipi	N	%
Jinekolojik	32	25.2
Kolorektal	27	21.3
Gastrointestinal	26	20.5
Meme	15	11.8
Hepatosellüler	10	7.9
Akciğer	8	6.3
Baş-Boyun	4	3.1
Kemik ve Yumuşak Doku	3	2.4
Erkek Üreme Sistemi	2	1.5
Evre		
Evre 4	71	55.9
Evre 3	56	44.1
Palyatif Performans Skoru		
% 90	34	26.8
% 80	46	36.2
% 70	32	25.2
% 60	9	7.1
% 50	5	3.9
% 40	1	0.8

HİE: Hasta İtibar Envanteri

4.1.2 Hasta İtibar Envanteri Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizleri

4.1.2.1 Geçerlilik analizleri

4.1.2.1.1 Yorumsal geçerlilik

Yorumsal geçerlilik dil geçerliliği; yüzeysel geçerlilik ve kapsam geçerliliği olmak üzere üç aşamada sağlanmıştır.

- a) **Dil Geçerliliği:** Hasta İtibar Envanteri'nin dil geçerliliğini sağlamak için envanterin orijinal hali araştırmacı ve bir akademisyen tarafından birbirinden bağımsız olarak Türkçe'ye çevrilmiş; çeviren kişiler daha sonra bir araya gelerek envanter maddelerini uzman görüşüne hazır hale getirmişlerdir.
- b) **Yüzeysel Geçerlilik:** Envanterin Türkçe versiyonu farklı alanlarda uzman 10 kişinin görüşüne sunulmuş ve envanter maddeleri uzman görüşlerine göre yeniden şekillendirilmiştir.
- c) **Kapsam Geçerliliği:** Davis tekniğine göre uzman değerlendirmelerinin Kapsam Geçerlilik Oranı hesaplanmış olup bu oranın 0.8-1 aralığında olması gerekmektedir (74). Kapsam Geçerlilik Oranı ikinci maddede 0.8 ve dokuzuncu maddede 0.9 olarak hesaplanmış olup başlık, anahtar ve diğer tüm maddeler için 1 oranına sahiptir. Uzman görüşlerine göre son hali verilen envanter ile beş hastaya ön uygulama yapılmış; sorular anlaşılır bulunmuştur. Bu süreçten sonra HİE bir dilbilim uzmanı tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiş ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması tamamlandıktan sonra envanteri geliştirenlerin onayına sunulmuştur.

4.2.1.1.2 Yapısal geçerlilik

Ölçeğin yapı geçerliliğini incelemek için açımlayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır.

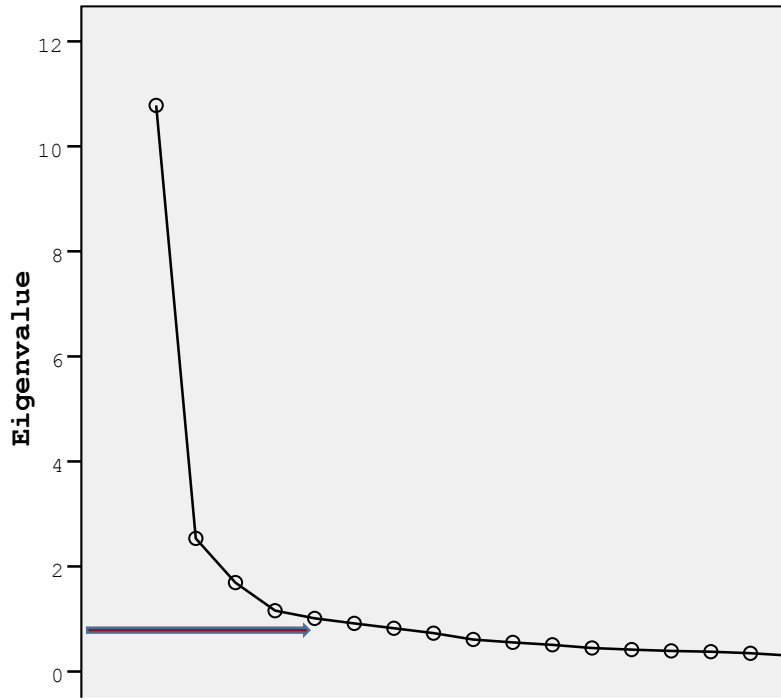
Açımlayıcı Faktör Analizi: Açımlayıcı faktör analizinde örneklem yeterliliğini test etmek için uygulanan Kaiser-Meyer- Olkin örneklem yeterliği ölçütü (KMO) değeri 0.89; faktör analizi için yeterliliği belirleyen Bartlett Küresellik Testi $p<0.000$ olarak bulunmuştur. Bu testlerin sonuçları Tablo 4.3' te gösterilmiştir. Kaiser-Meyer-Olkin değeri faktör analizi için önerilen en düşük değer olan 0.60 (79) düzeyinin üzerinde ve Bartlett Küresellik Testi ise $p<0.05$ düzeyinin altında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4. 3 HİE örneklem yeterliliği KMO ve Bartlett testi değerleri

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği Testi	.897
Bartlett Küresellik Testi Ki Kare	2169.857
Serbestlik derecesi (sd)	300
P	.000

HİE: Hasta İtibar Envanteri; KMO: Kaiser-Meyer-Olkin

Açımlayıcı faktör analizinde özdeğeri (Eigen-value) 1 ve üzerinde olan 5 faktör saptanmıştır. Özdeğer (Eigen-value) bir faktörün faktör yüklerinin karelerinin toplamıdır (80). Özdeğer verileri Şekil 4.1’de gösterilmiştir.



Şekil 4. 1 Açımlayıcı faktör analizi özdeğer scree plot grafiği

Açımlayıcı faktör analizinde Varimax döndürme testi ile elde edilen özdeğer ve varyanslara ilişkin sonuçlar Tablo 4.4’te verilmiştir. Elde edilen 5 faktörün toplam varyansın

%68.7'sini açıkladığı saptanmış olup istatistiksel olarak anlamlıdır. Açıklanan varyansın toplam varyansın % 50'sinden fazla olması faktör analizlerinde gereklidir (81).

Tablo 4. 4 Açımlayıcı faktör analizi ile elde edilen faktörlerin özdeğerleri ve varyansları

Faktör	Özdeğer	Döndürme Öncesi		Döndürme Sonrası	
		Varyans (%)	Kümülatif (%)	Varyans (%)	Kümülatif (%)
1	10.780	43.120	43.120	21.220	21.220
2	2.534	10.135	53.255	16.752	37.962
3	1.692	6.769	60.024	12.634	50.596
4	1.158	4.632	64.656	12.333	62.929
5	1.011	4.046	68.702	5.773	68.702

Tablo 4.5'teki veriler Varimax yöntemiyle elde edilen faktör analizini ve faktör yüklerini göstermektedir. Analizde faktör yükü alt sınır 0.40 olarak belirlenmiştir. Tabloya göre envanterin 5, 6, 7, 8, 9, 16, 19, 23 ve 24. maddeleri birinci faktöre yüklenmiş olup bunların en düşük faktör yükü 0.542'dir. İkinci faktörde envanterin 4, 11, 12, 13, 14, 17 ve 18. maddeleri bulunmakta olup bu maddelerin en düşük faktör yükü 0.486'dır. Üçüncü faktörde envanterin 15, 21 ve 25. maddeleri bulunmaktadır ve bu maddelerin en düşük faktör yükü 0.542'dir. Dördüncü faktör envanterin 1, 2, 3 ve 10. maddelerinden oluşmuş olup en düşük faktör yükü 0.621'dir. Beşinci ve son faktörde ise envanterin 20 ve 22. maddeleri bulunmaktadır. Bu maddelerin en düşük faktör yükü 0.621'dir. Tablo incelendiğinde envanterin 4, 9, 11, 14, 17, 21, 23 ve 24. maddelerinin birden fazla faktöre yüklendiği görülmektedir. Ancak bu maddeler yüklerinin daha fazla olduğu faktöre dâhil edilmiştir.

Tablo 4. 5 HİE açıklayıcı faktör analizi sonuçları

Maddeler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5
Madde 6	.852				
Madde 5	.800				
Madde 8	.774				
Madde 7	.724				
Madde 23	.635		.476		
Madde 19	.591				
Madde 16	.569				
Madde 9	.560	.463			
Madde 24	.542		.503		
Madde 12		.812			
Madde 13		.754			
Madde 17		.649	.431		
Madde 18		.624			
Madde 11		.574			
Madde 14		.563	.534		
Madde 4		.486			
Madde 25			.860		
Madde 15			.732		
Madde21		.425	.542		
Madde 2				.862	
Madde 1				.819	
Madde 10				.733	
Madde 3				.631	
Madde 22					.664
Madde 20					.621

HİE: Hasta İtibar Envanteri

Hasta İtibar Envanteri orijinal versiyonu ile Türkçe versiyonu arasında faktör maddelerinin dağılımı bakımından farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklar Tablo 4.6’da verilmiştir. Buna göre HİE orijinal ve Türkçe versiyonunun ilk boyutu “Semptom Distresi” olup 5, 6, 7, 8 ve 9. maddeler her iki versiyonda da ortaktır. Hasta İtibar Envanteri orijinal versiyonunda “Semptom Distresi” alt boyutunda envanterin 3. maddesi de bulunurken Türkçe versiyonunda bundan farklı olarak 16, 19, 23 ve 24. maddeler yer almıştır. Hasta İtibar Envanteri’nin orijinal ve Türkçe versiyonunun ikinci alt boyutu “Varoluşsal Distres” olup 4, 11, 12, 13, 14 ve 18. maddeler her iki versiyonda da ortaktır. Hasta İtibar Envanteri’nin Türkçe versiyonunda “Varoluşsal Distres” alt boyutuna orijinalinden farklı olarak 17. madde de dâhil olmuştur. Hasta İtibar Envanteri orijinal versiyonunun üçüncü alt boyutu olan “bağımlılık” Türkçe versiyonunda dördüncü alt boyut olarak saptanmış olup 1 ve 2. maddeler orijinal

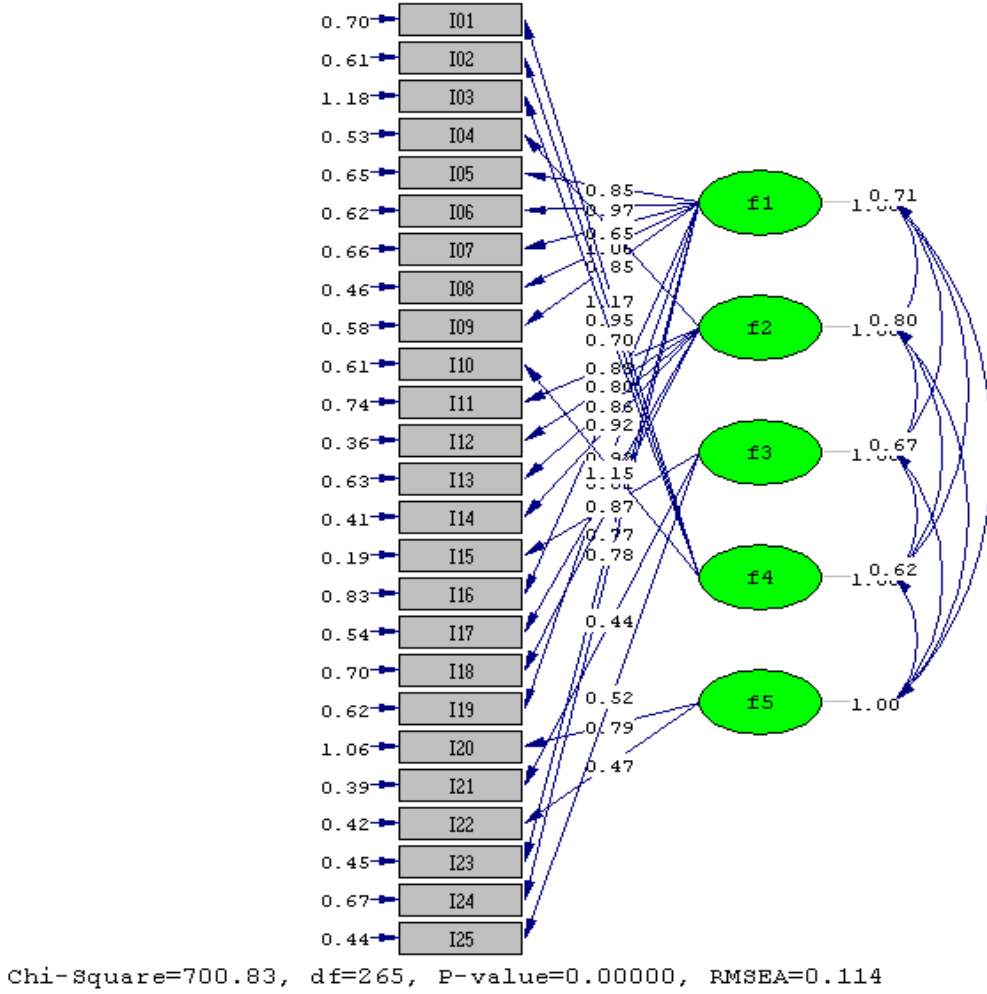
versiyonla ortaktır. Orijinal versiyonun “Bağımlılık” alt boyutunda 20. madde de bulunmakta olup Türkçe versiyonunda bunun yerine 3 ve 10. maddeler bulunmaktadır. Hasta İtibarı Envanteri Türkçe versiyonunun üçüncü alt boyutu “Özgüven” olup 15, 21 ve 22. maddelerden oluşmaktadır. Hasta İtibarı Envanteri orijinal versiyonunun dördüncü boyutu “İç Huzur” olup envanterin 15, 16 ve 17. maddelerinden oluşmuştur. Orijinal HİE versiyonunun son boyutu “Sosyal Destek” olarak isimlendirilmiş ve envanterin 21, 22 ve 25. maddelerinden oluşmuştur. Türkçe HİE versiyonunda ise beşinci alt boyut “Destek ve Bakım Gereksinimi” olarak isimlendirilmiş olup bu boyutta 20 ve 22. maddeler bulunmaktadır.

Tablo 4. 6 HİE orijinal ve Türkçe versiyonu faktör karşılaştırması

Faktör	Hasta İtibarı Envanteri Maddeleri*	
	Orijinal Versiyon	Türkçe Versiyonu
1	Semptom distressi (3, 5, 6, 7, 8 ve 9)	Semptom distressi <u>5, 6, 7, 8, 9</u> , 16, 19, 23 ve 24
2	Varoluşsal distress (4, 11, 12, 13, 14 ve 18)	Varoluşsal distress <u>4, 11, 12, 13, 14</u> , 17 ve 18
3	Bağımlılık (1, 2 ve 20)	Özgüven 15, 21 ve 25
4	İç huzur (15, 16 ve 17)	Bağımlılık <u>1, 2</u> , 3 ve 10
5	Sosyal destek (21, 22 ve 25)	Destek Bakım Gereksinimi 20 ve <u>22</u>
Gruplandırılmayan	10, 19, 23 ve 24	-

HİE: Hasta İtibarı Envanteri *Her iki envanterde aynı faktörde bulunan maddeler altı çizili olarak gösterilmiştir.

Doğrulamalı Faktör Analizi: Açımlayıcı faktör analizi ile elde edilen faktörleri doğrulamak amacıyla veriler Lisrel 8.7 Windows versiyonunda (78) tekrar analiz edilmiştir. Doğrulamalı faktör analizinin sonucunda açımlayıcı faktör analizinde olduğu gibi 5 faktör elde edilmiş; bu faktörlerin AFA ile aynı maddeleri kapsadığı görülmüştür. Beşinci faktör yalnızca iki maddeden oluşmasına rağmen yapı bakımından diğer faktörlerden ayrı olduğu için bir başka faktörle birleştirilmemiştir. Bu faktörler ve dağılımları Şekil 4.2’de gösterilmiştir.



Şekil 4.2 Hasta İtibarı Envanteri Türkçe versiyonu Path diyagramı

Şekil 4.2’deki Path diyagramı incelendiğinde envanterin tüm maddelerinin elde edilen 5 faktörden birine dahil olduğu görülmektedir. Modelin normlaştırılmış uyum indeksi (NFI) 0.90; karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI) 0.93; yaklaşım hatasının ortalama karekökü (RMSEA) 0.114 olarak saptanmıştır. Bu değerin 0.08’in altında olması modelin uyumunun iyi olduğunu; 0.10’un üzerinde olması ise kabul edilebilir düzeyin üzerinde olduğunu göstermektedir (82). Bu araştırmada RMSEA değerinin beklenenin üzerinde olması nedeniyle diğer uyum indeksleri de değerlendirilmiştir. Envanterde değerlendirilen bir diğer uyum indeksi χ^2/sd olup sonucun 5’in altında olması kabul edilebilirliği göstermektedir (83). Envanterin $\frac{\chi^2}{sd} = 2.64$ olarak bulunmuştur. Karşılaştırmalı uyum indeksi değerinin (CFI) ve NFI’nın 0.90’ın üzerinde olması modelin uyumunun kabul edilebilir düzeyde olduğunu gösterir (82).

Tablo 4.7’de HİE Türkçe versiyonu faktör puan dağılımlarına ilişkin veriler özetlenmiştir. Hasta İtibarı Envanteri Türkçe versiyonunun faktörlere göre puan dağılımı

incelendiğinde Faktör 1, Faktör 2, Faktör 3, Faktör 4 ve Faktör 5'ten alınan en az ve en çok puanların sırasıyla 9-45; 6-30; 3-15; 4-20 ve 2-10 olduğu görülmüştür.

Tablo 4.7 HİE Türkçe versiyonu faktörlerine göre madde puan dağılımları

Faktör	N	Minimum	Maximum	Ortalama	SS
Faktör 1	127	9.00	45.00	18.3386	8.25700
Faktör 2	127	6.00	30.00	10.8976	5.51165
Faktör 3	127	3.00	15.00	4.2520	2.10052
Faktör 4	127	4.00	20.00	8.4882	4.33858
Faktör 5	127	2.00	10.00	3.3622	17.84289

HİE: Hasta İtibar Envanteri; SS: Standart Sapma

4.2.2.1.3 Ölçüte dayalı geçerlilik

Araştırmada ölçüte dayalı geçerliliği test edebilmek için eşzamanlı geçerlilik analizi yapılmış olup bu amaçla HADÖ kullanılmıştır. Araştırmada HADÖ'nün Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0.92 olarak hesaplanmış olup anksiyete alt boyutunun α katsayısı 0.86 ve depresyon alt boyutunun α katsayısı 0.87'dir. Anksiyete alt boyutunun puan ortalaması 6.64 olup standart sapması 5.15'tir. Depresyon alt boyutunun puan ortalaması 6.53 olup standart sapması 5.48'dir. Anksiyete alt boyutunda elde edilen en düşük puan 0 en yüksek puan 20'dir. Depresyon alt boyutunda elde edilen en düşük puan 1 en yüksek puan 21'dir. Anksiyete alt boyutunun kesme noktası 10 puan olup puanı bu düzeyin üzerinde olan hasta sayısı oranı %24.4 olarak saptanmıştır. Depresyon alt boyutunun kesme noktası 7 puan olup toplam skoru bu düzeyin üzerinde olan hasta oranı % 38.6 olarak saptanmıştır. Hasta İtibar Envanteri ile eşzamanlı uygulanan HADÖ'nün anksiyete ve depresyon alt boyut toplam puanları ile HİE toplam puanı ve hastaların PPS düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için korelasyon analizi yapılmıştır.

Hasta İtibar Envanteri puanı, HADÖ alt boyut puanları ve PPS arasındaki ilişkiyi saptamak için Pearson korelasyon analizi yapılmış olup bu analize ilişkin veriler Tablo 4.8'de verilmiştir. Pearson korelasyon analizinde tüm değişkenler arasında $p=0.01$ düzeyinde

istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur. Analiz sonucunda PPS'nin diğer değişkenlerle negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyona sahip olduğu; HADÖ depresyon ve anksiyete alt boyutları ile HİE toplam puanı arasında pozitif yönde yüksek düzeyde korelasyon bulunduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Ayrıca HİE Türkçe versiyonundan açımlayıcı faktör analizi yoluyla elde edilen alt boyutları ve HİE toplam puanı arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Bu değişkenler arasında Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Yalnızca Faktör 3 ve Faktör 4 arasında $p<0.05$ düzeyinde pozitif korelasyon saptanmış olup diğer tüm faktörler ve HİE toplam puanı arasında $p<0.01$ düzeyinde pozitif yönde doğrusal ilişki olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.8 HİE-Türkçe alt boyutları, HİE Toplam puanı ve PPS ile HADÖ alt boyutları arasındaki korelasyon

	PPS	HADÖ Anksi- yete	HADÖ- Depresyon	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	HİE puanı
PPS									
HADÖ- Anksiyete	-.271**								
HADÖ- Depresyon	-.299**	.741**							
Faktör 1	-.358**	.754**	.741**						
Faktör 2	-.375**	.590**	.661**	.741**					
Faktör 3	-.216*	.443**	.432**	.554**	.608**				
Faktör 4	-.522**	.373**	.412**	.430**	.504**	.183*			
Faktör 5	-.243**	.283**	.347**	.493**	.552**	.411**	.423**		
HİE puanı	-.458**	.702**	.732**	.910**	.900**	.647**	.661**	.649**	

* $p<0.01$; ** $p<0.05$; HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği; HİE: Hasta İtibar Envanteri; PPS: Palyatif performans skoru

4.1.2 Güvenilirlik Analizleri

4.1.2.1 İç tutarlılık analizleri

Envanterin madde çıkarıldığındaki Cronbach α değerleri ve madde puan ortalamaları Tablo 4.9’da verilmiştir. Hasta İtibar Envanteri’nin Cronbach alfa değeri 0.94’tür. Ölçeğin toplam puanı ilk uygulamada 46.85 ± 18.49 (min:25- max:125) bulunmuştur. Envanterin ikinci uygulanmasında Cronbach α değeri 0.90 bulunmuş ölçeğin toplam puan ortalaması 40.78 ± 13.96 (min:25-max: 70) ölçeğin madde ortalaması 1.631’dir (min:1.063-max:2.281).



Tablo 4.9 HİE maddelerinin Cronbach alfa değerleri ve madde ortalamaları

Maddeler	Madde çıkarıldığında α	Ort.	SS
1. Günlük yaşantımla ilgili işlerimi yapamıyorum (örn; banyo yapmak, giyinmek).	.942	2.1575	1.4383
2. Bedensel işlevlerimi bağımsızca yerine getiremiyorum (örn; tuvaletle ilgili konularda yardıma ihtiyaç duyuyorum).	.940	1.8031	1.22824
3. Fiziksel sıkıntıya yol açan şikâyetler yaşıyorum (örn; ağrı, nefes darlığı, bulantı).	.940	2.3071	1.29414
4. Başkaları tarafından nasıl görüldüğümün önemli derecede değiştiğini hissediyorum.	.938	1.5118	.97481
5. Bunalımda olduğumu hissediyorum.	.938	1.9449	1.17045
6. Kaygılı olduğumu hissediyorum.	.938	2.2362	1.25012
7. Hastalığım ve tedavisi hakkında belirsizlik hissediyorum.	.938	2.2835	1.25292
8. Geleceğim hakkında endişeliyim.	.937	2.2205	1.25934
9. Açık ve net bir şekilde düşünemiyorum.	.937	1.8661	1.14339
10. Günlük alışkanlıklarımı/düzenimi sürdüremiyorum.	.939	2.2205	1.38537
11. Artık eski ben değilmişim gibi hissediyorum.	.937	2.0787	1.23189
12. Faydalı ya da değerli olduğumu hissetmiyorum.	.937	1.5827	1.00349
13. Önemli rollerimi yerine getiremiyorum (örn; eş, ebeveyn).	.937	1.8110	1.17333
14. Artık, yaşamın bir anlamı ve amacı kalmadığını hissediyorum.	.937	1.8346	1.11813
15. Yaşamım boyunca anlamlı ve kalıcı bir katkıda bulunmadığımı hissediyorum.	.938	1.5906	.97063
16. “Yarım kalan işlerim” varmış gibi hissediyorum (örn; söyleyemediğim, tamamlayamadığım şeyler).	.939	2.1181	1.19266
17. Manevi yaşantımın anlamlı olmamasından endişeliyim.	.938	1.6850	1.09618
18. Diğerlerine yük olduğumu hissediyorum.	.937	1.9055	1.23078
19. Yaşamımın kontrolünü elimde tutamadığımı hissediyorum.	.936	2.0079	1.21169
20. Hastalığımın ve bakım ihtiyaçlarımın, mahremiyetimi azalttığını düşünüyorum.	.940	1.9921	1.30016
21. Aile ve arkadaş grubum tarafından desteklendiğimi hissetmiyorum.	.939	1.2835	.76530
22. Sağlık görevlileri/çalışanları tarafından desteklendiğimi hissetmiyorum.	.940	1.3701	.80478
23. Hastalığımın getirdiği zorluklarla artık zihinsel olarak savaşamayacağımı hissediyorum.	.938	1.7244	1.02103
24. Olayları olduğu gibi kabul edemiyorum.	.938	1.9370	1.13213
25. Diğer insanlar tarafından saygılı ve anlayışlı muamele görmüyorum.	.941	1.3780	.84449

HİE: Hasta İtibar Envanteri; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; α : Cronbach alfa

4.1.2.2 Kararlılık analizleri

Tablo 4.10’da test-tekrar test güvenilirliğini test etmek için yapılan eşleştirilmiş örneklem t testi sonuçları bulunmaktadır. Hastaların HİE ilk ve ikinci uygulamasında aldıkları toplam puanlarla yapılan analizde ilk ve ikinci uygulamada alınan puanlar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.10 HİE eşleştirilmiş örneklem t testi sonuçları

	Ortalama	N	SS	Standart Hata Ortalaması
HİE-1 Toplam	43.4688	32	16.44734	2.90751
HİE-2 Toplam	40.7813	32	13.96016	2.46783

HİE: Hasta İtibar Envanteri

Tablo 4.11’de envanterin zaman içinde değişmezliğini belirlemek için yapılan bir diğer test-tekrar test değerlendirmesi Pearson korelasyon analizinin sonuçları verilmiştir. Hastaların ilk ve ikinci uygulamada aldıkları toplam puanlar arasında yapılan Pearson korelasyon analizinde korelasyon katsayısı 0.757 olarak bulunmuş olup istatistiksel bakımdan anlamlıdır ($p<0.01$). Pearson korelasyon analizi sonucu değişkenler arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.11 HİE ilk test ve son test puanları arasındaki korelasyon analizi sonuçları

	HİE-1 Toplam	HİE-2 Toplam
HİE-1 Toplam	1	.757*
HİE-2 Toplam	.757*	1

* $p<0.01$; HİE: Hasta İtibar Envanteri

4.2 Palyatif bakım hastalarının itibarlı bakıma ilişkin görüşleri

4.2.1 İtibarlı bakıma ilişkin görüş bildiren hastaların demografik özellikleri

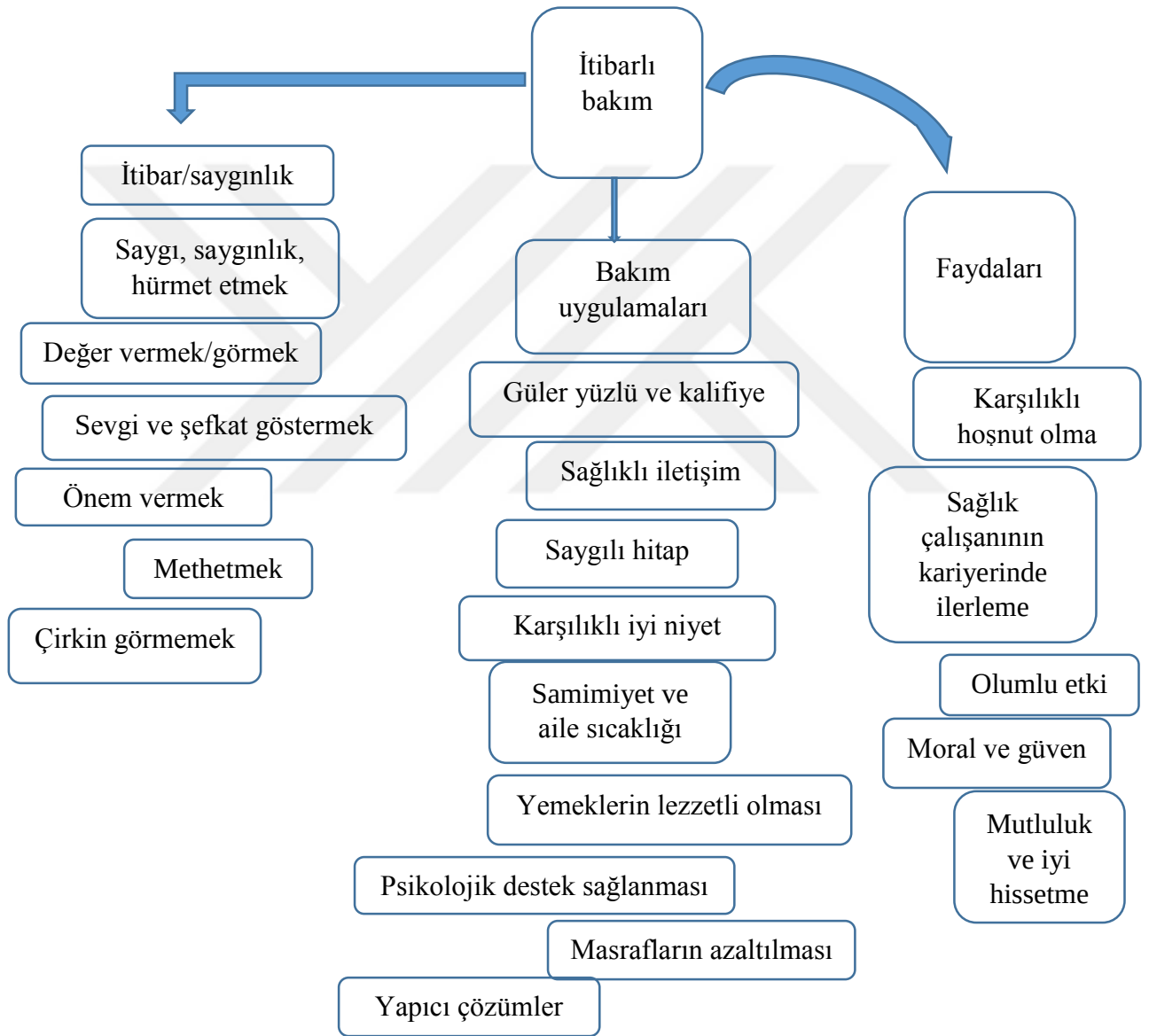
Görüşleri alınan hastaların demografik bilgileri Tablo 4.12’de verilmiştir. Araştırmada 4’ü Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi’nden ve 6’sı Gazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Gazi Hastanesi’nden olmak üzere toplam 10 palyatif bakım hastasının itibarlı bakıma ilişkin görüşleri alınmıştır. İtibarlı bakıma ilişkin görüşlerini bildiren hastaların yaş aralığı 28-71 yıl olup yaş ortalaması 54.8 yıldır. Katılımcıların 6’sı kadın 4’ü erkektir. Araştırmaya katılan hastaların 5’i evli, 3’ü boşanmış/dul ve 2’si bekârdır. Katılımcıların 4’ü ilköğretim; 1’i ortaokul; 4’ü lise ve 1’i üniversite mezunudur. Araştırmaya katılan hastaların 1’i endometrium kanseri; 2’si hepatosellüler kanser; 1’i kolon kanseri; 1’i lenfoma; 1’i meme kanseri; 1’i mide kanseri; 1’i over kanseri; 1’i pankreas; 1’i vulva kanseridir. Araştırmaya kabul edilen hastaların 6’sı evre 3 ve 4’ü evre 4 kanser hastasıdır. Palyatif Performans Skoru bakımından incelendiğinde hastaların 3’ünün PPS % 90; 3’ünün PPS % 80; 3’ünün PPS % 70; 1’inin PPS % 60 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.12 İtibarlı bakıma ilişkin görüş bildiren hastaların demografik özellikleri

Katılımcı	Yaş (yıl)	Cinsiyet	Medeni Durum	Eğitim Durumu	Tanı	Evre	PPS %
Hasta 1	71	Kadın	Dul/boşanmış	İlkokul	Endometrium	3	90
Hasta 2	28	Erkek	Bekâr	Lise	Kolon	4	80
Hasta 3	48	Kadın	Dul/boşanmış	Ortaokul	Meme	4	90
Hasta 4	40	Kadın	Evli	Üniversite	Vulva	3	70
Hasta 5	68	Erkek	Dul/boşanmış	Lise	Pankreas	4	70
Hasta 6	62	Erkek	Evli	Lise	Hepatosellüler	3	90
Hasta 7	53	Kadın	Evli	Lise	Lenfoma	3	80
Hasta 8	55	Kadın	Bekâr	İlkokul	Over	4	60
Hasta 9	62	Erkek	Evli	İlkokul	Mide	3	80
Hasta 10	61	Kadın	Evli	İlkokul	Hepatosellüler	3	70

4.2.2 Palyatif bakım hastalarının itibarlı bakıma ilişkin görüşlerinden elde edilen bulgular

Hastaların itibarlı bakıma ilişkin görüşmelerin incelenmesi sonucu saygınlık, bakım uygulamaları ve yararlılık şeklinde 3 ana tema elde edilmiştir (Şekil 4.3).



Şekil 4. 3 Hastaların itibarlı bakıma ilişkin görüşleri: temalar ve kodlar

İtibar kavramı hastalar tarafından “saygı, saygınlık, değer vermek, güvenmek, sevgi ve şefkat göstermek, önem vermek, çirkin görmemek, methetmek ve hürmet etmek” biçiminde tanımlanmıştır. Bazı hastaların itibar kavramına ilişkin ifadeleri aşağıda verilmiştir:

“İtibar saygı, sevgi, böyle yani insanlara iyilik yapmak yani, çirkin görmemek, onları üzmemek. Bence itibar odur yani.” (Hasta 5)

“İtibar güvenmektir. Başta karşıdaki insana güvenmektir.” (Hasta 10)

Saygınlık teması hasta birey ile sağlık çalışanı arasında sağlıklı iletişim kurulmasını ve hasta bireye değer verilmesini kapsamaktadır. Türk Dil Kurumu’na göre saygınlık “saygı görme, değerli, güvenilir olma” anlamları taşımaktadır (84). Değerlilik kavramı ise önemli olma durumu kapsamaktadır (85). Methetmek kelimesi de “değerini yüceltmek” anlamı taşımaktadır (86). Sevgi ve şefkat göstermek kavramları bakımın temel taşıdır. Bu nedenlerden dolayı sevgi ve şefkat göstermek, önem vermek, methetmek, çirkin görmemek kodları “değer vermek” kodu kapsamına alınmıştır.

İtibarlı bakım ise genel anlamıyla “güler yüzlü ve kalifiye hizmet sunma, iyi ve titiz davranılması, hastayla konuşulup dertleşilmesi, en iyi hizmetin sunulması, güven verilmesi, hastaya yakın ve sıcak davranılması, hitap ederken saygılı olunması, temizliğe dikkat edilmesi” şeklinde tanımlanmıştır. Katılımcı hastalardan biri itibarlı bakımın “hastanenin doğal olarak sunulması gereken bir bakım” olduğunu şu cümlelerle ifade etmiştir:

“Değer verilerek hizmet edildiğini, edilmesi diye düşünüyorum yani. Öncelikle sağlık konusunda titiz davranılması, yani itibar olarak demeyeyim de hastanenin zaten yapması gereken şey... Hastanın sağlığının ön planda, titiz davranılması.. Hani böyle oluversincilik değil de her konuda daha titiz, sağlık olduğu için konu daha hassas davranılması gerektiğini düşünüyorum.” (Hasta 7)

Konuya ilişkin bir başka katılımcının ifadesi ise şu şekildedir:

“Ne anlıyorum... Hastane çalışanlarının hastalara saygılı davranması; güven vermeleri... Ne bileyim, başka bir şey gelmiyor aklıma.” (Hasta 3)

Hastanın isteklerine ve ortaya çıkan sorunlara yönelik yapıcı çözümler sunulması, samimi olunması, psikolojik destek sağlanması, hasta ve sağlık çalışanının karşılıklı iyi niyet taşıması, aile sıcaklığının sunulması, yemeklerin daha lezzetli hale getirilmesi, hastane maliyetlerinin

azaltılması ve iletişim eksikliklerinin giderilmesi hastalar tarafından önerilen itibarlı bakım uygulamalarıdır.

Yararlılık teması ise itibarlı bakımın hastanın hastalık ve iyileşme süreci üzerinde olumlu etki oluşturmamasını ve buna bağlı olarak güven duymasını ifade etmektedir. Araştırmaya katılan hastalar itibarlı bakımın hem hasta hem de çalışan için karşılıklı hoşnutluk sağlayacağı, sağlık çalışanının kariyerinde ilerlemesine imkân tanıyacağını belirtmişlerdir. Kendileri için de moral sağlayacağını, güven duyacaklarını, kendilerini daha iyi ve mutlu hissedeceklerini ve buna bağlı olarak da sağlık durumları üzerinde olumlu etkisi olacağını bildirmişlerdir. Olumlu kelimesi “uygun, yararlı, yapıcı, onaylayan, kabul eden” anlamlarını taşımaktadır (87). Bu nedenle moral verme, iyi hissetme, psikolojik destek sağlama kodları “olumlu etki” kodunda toplanmıştır.

4.3 Palyatif bakım hastalarıyla çalışan hemşirelerin itibarlı bakıma ilişkin görüşleri

4.3.1 İtibarlı bakıma ilişkin görüş bildiren hemşirelerin demografik özellikleri

Araştırmaya katılan hemşirelerin demografik özellikleri Tablo 4.13’te özetlenmiştir. Araştırmada Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi’nden 4 ve Gazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Gazi Hastanesi’nden 6 olmak üzere palyatif bakım hastalarına bakım veren toplam 10 hemşirenin itibarlı bakıma ilişkin görüşleri alınmıştır. İtibarlı bakıma ilişkin görüşlerini bildiren hemşirelerin yaş aralığı 24-37 yıl olup ortalaması 29.3 yıldır. Katılımcıların tamamı kadındır. Araştırmaya katılan hemşirelerin 9’u lisans mezunu olup 1’i yüksek lisans mezunudur. Hemşirelerin toplam deneyim süresi 1-11 yıl aralığında olup ortalama 5.6 yıldır. Çalışmaya katılan hemşirelerin 4’ü jinekoloji; 3’ü genel cerrahi; 1’i medikal onkoloji; 1’i iç hastalıkları ve 1’i gastroenteroloji kliniklerinde çalışmakta olup tamamı klinik hemşiresi olarak görev yapmaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin palyatif bakım hastalarına bakım verme süresi 1-10 yıl aralığında olup ortalama 5 yıldır. Katılımcıların 9’u itibarlı bakıma ilişkin herhangi bir bilgi sahibi olmadığını belirtmiş olup yalnızca 1’i bu konuda kısmi bilgi sahibi olduğunu ve bu bilgiyi de bir arkadaşından edindiğini belirtmiştir. Bu katılımcı itibarlı bakım hakkındaki bilgisinin “hastaya herhangi bir etiket vermeden insanca bakım almasına yardımcı olmak” şeklinde olduğunu açıklamıştır.

Tablo 4.13 İtibarlı bakıma ilişkin görüş bildiren hemşirelerin demografik özellikleri

Katılımcı	Yaş (yıl)	Cinsiyet	Eğitim Durumu	Çalışma süresi (yıl)	Görevi	İtibarlı bakım konusunda bilgisi
Hemşire 1	35	Kadın	Lisans	11	Klinik hemşiresi	Yok
Hemşire 2	32	Kadın	Lisans	7	Klinik hemşiresi	Yok
Hemşire 3	30	Kadın	Lisans	8	Klinik hemşiresi	Yok
Hemşire 4	34	Kadın	Lisans	11	Klinik hemşiresi	Yok
Hemşire 5	37	Kadın	Lisans	10	Klinik hemşiresi	Kısmen var
Hemşire 6	24	Kadın	Lisans	1	Klinik hemşiresi	Yok
Hemşire 7	25	Kadın	Yüksek lisans	2	Klinik hemşiresi	Yok
Hemşire 8	27	Kadın	Lisans	3	Klinik hemşiresi	Yok
Hemşire 9	24	Kadın	Lisans	2	Klinik hemşiresi	Yok
Hemşire 10	25	Kadın	Lisans	1	Klinik hemşiresi	Yok

4.3.2 Palyatif bakım hastalarına bakım veren hemşirelerin görüşlerinden elde edilen bulgular

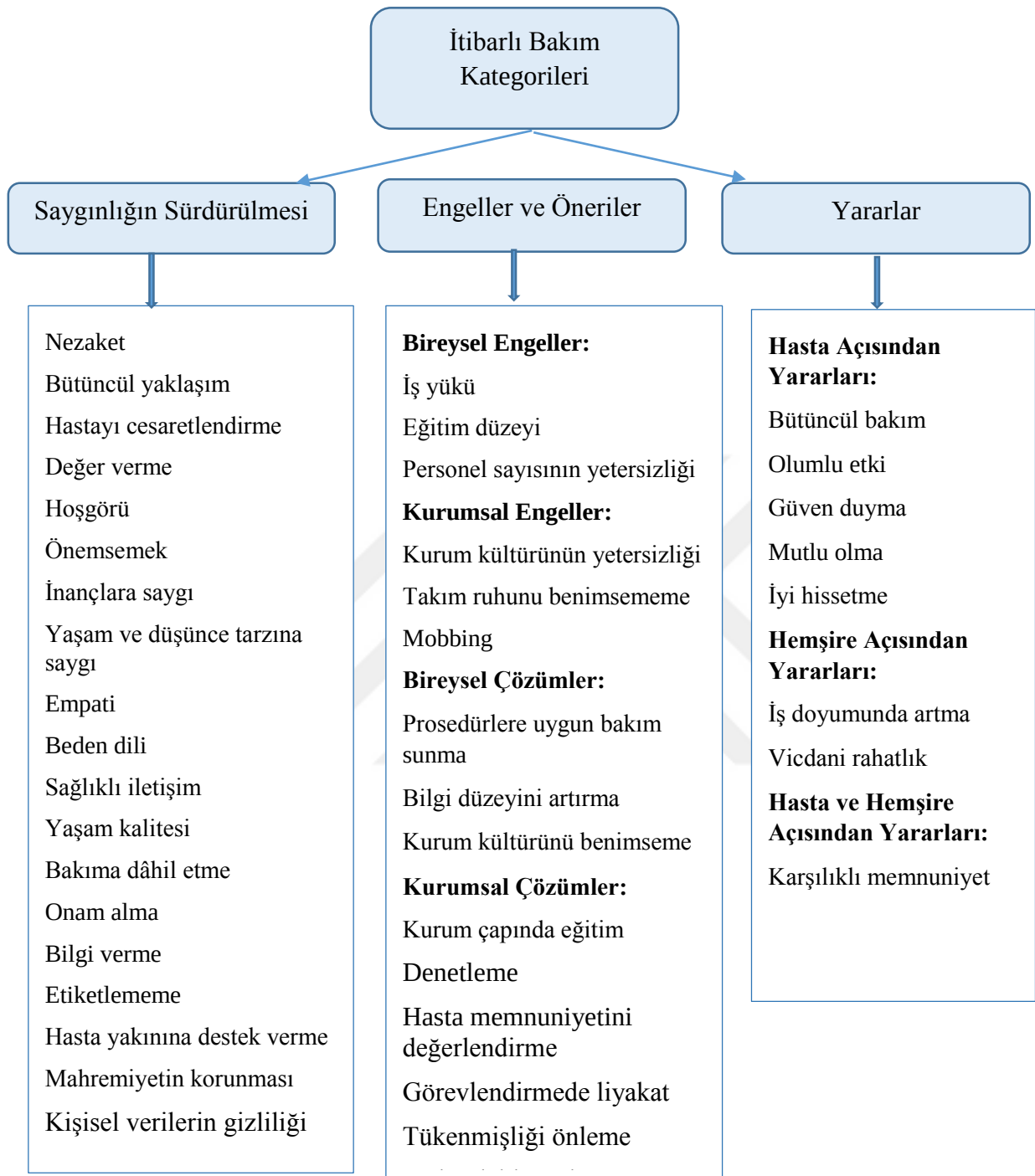
Hemşirelerle yapılan görüşmelerin analizi sonucunda elde edilen veriler saygınlığın sürdürülmesi; engeller ve öneriler ile bakımın yararları olarak üç ana başlık altında toplanmıştır (Şekil 4.4).

İtibar kavramı hemşireler tarafından “bireyin kişiliğine ve isteklerine saygı duymak, değer vermek, adalet, gurur, haysiyet, onur, saygınlık, aşağılanmamak, prestij, önem, yaşamını ahlaki değerlere uygun biçimde sürdürmek, çevreye karşı edinilmiş, karşı tarafta uyandırılan his ve memnun edici bir durum” biçiminde tanımlanmıştır.

İtibarlı bakım ise en çok “hastanın mahremiyetini koruma” ve “hastanın kişiliğini bir bütün olarak ele alma” şeklinde tanımlanmıştır. Katılımcı hemşirelerden biri tarafından da “bakımın içeriğinde doğal olarak bulunması gereken” şeklinde ifade edilmiştir. “Hastayı etiketlemeden ve sosyal statüsünden bağımsız olarak saygınlığını koruyarak bakım ve tedavi gereksinimlerini belirlemek ve bilgi eksikliğini gidermek” şeklinde tanımlar da yapılmıştır. Bu verileri kapsayan ifadelerden bazıları aşağıda verilmiştir:

“İtibarlı bakım da kişinin kendisine herhangi bir şekilde saygınlığını kaybetmeyecek, mahremiyetine engel olmayacak şekilde verilen bakımdır. Böyle tanımlayabilirim.” (Hemşire 7)

“Bence olması gereken budur yani. Bir iş yapıyorsan, bir bakım veriyorsan ya da hastanın PEG ile beslenmesi ya da başka bir şey... En iyi şekilde olması gerekiyor. O yüzden de ben de dikkat etmem gereken şeyleri iyi bilmek isterim. Bunu da karşı tarafa anlatmak, aktarmak isterim.” (Hemşire 10)



Şekil 4.4 Hemşirelerin itibarlı bakıma ilişkin görüşleri: temalar ve kodlar

Hastanın vücut bakımlarının sağlanması, tedavi sürecine katılımının sağlanması, yapılacak uygulamalarda onayının/onamının alınması, kişisel ve medikal verilerinin gizliliğinin sağlanması, kırmadan nezaketle yaklaşmak, insanca davranmak, prosedürlere uygun bakım vermek, hastayı bütüncül olarak ele almak ve hasta yakınına da psikolojik destek sağlamak hemşireler tarafından bildirilen diğer itibarlı bakım uygulamalarıdır. Hemşireler itibarlı

bakımda hoşgörölü olmanın ve tüm ekip üyelerinin de bu yaklaşımı benimsemesinin önemli olduğunu belirtmişlerdir. Hastayla hastalığına ve tedavisine ilişkin yapılan görüşmelerde hastanın anlayabileceğı kelimelerle iletişim kurulmasına dikkat edilmesi; inancı veya başka nedenlerle reddettiğı tedavilerin mümkünse alternatif tedavilerle değıştirilmesi veya hastanın kaygılarının giderilerek uzlaşma yolunun izlenmesi de hemşirelerin itibarlı bakıma yönelik bildirdiğı diğer uygulamalardır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin 7'si itibarlı bakımın hastanın iyileşme sürecinde hem psikolojik hem de fizyolojik anlamda olumlu etki göstereceğini belirtmişlerdir. Ayrıca hastanın kendini güvende ve iyi hissedeceği; mutlu olacağı; anlaşıldığını bileceğı; hastanede yatış süresinin kısalmasına yol açacak rahatlatıcı bir bakım olduğunu bildirmişlerdir. Bir hemşire itibarlı bakım vermenin hemşire açısında mesleki doyumunu artıracığını; bir diğer hemşire de vicdanını rahatlatacağını belirtmiştir. Katılımcı hemşirelerden birisi itibarlı bakımın ne olduğunu tam bilemediğini; ancak çalıştığı klinikte çok iyi bakım verdiklerine inandığını belirtmiştir. Bu verilere ilişkin ifadelerin bazıları aşağıda verilmiştir:

“Bizi mi? Tabi ki meslek olarak doyum elde ederiz. Hastaların daha çabuk hastalığı yenmesinde, tedaviye daha çabuk yanıt verdiğinde, hastanın emosyonel durumu iyi olduğunda biz de mesleğimizden doyum alırız.” (Hemşire 10)

“Yani olumlu yönde etkiler, hospitalizasyonunu kısa tutar, hastanın daha çabuk iyileşmesini teşvik eder.” (Hemşire 10)

“Olumlu yönde etkiler. Eğer kastettiğim şey itibarlı bakımsa... Hasta kendini güvende hissederse, iyi hissederse, bakım uygulayana güven duyarsa hasta yakınlarının da eğitimiyle birlikte daha avantajlı olur yani. Hasta daha olumlu hisseder kendini diye düşünüyorum.” (Hemşire 2)

“Vicdanımı rahatlatıyor.” (Hemşire 9)

“Tabii ki olumlu yönde etkiler. Memnun edici bir durum çünkü. İtibar zaten iyi bir şey; itibarlı bakım daha iyi olabilir diye düşünüyorum. Biz zaten servisimizde de itibarlı bakımın tam anlamını bilmiyorum ama çok iyi bakım verdiğimizizi düşünüyorum.” (Hemşire 4)

İtibarlı bakımı uygulama konusundaki engeller “iş yükünün, klinik yatak kapasitesinin fazla ve personel sayısının az olması; çalışma saatlerinin uzunluğu; fazla mesai; iletişimsizlik, konuya ilişkin bilgi ve bilgi edinebilecek kaynak eksikliği, çalışanların eğitim ve kültür

düzeylerinin bu bakımı vermeye uygun olmaması, mobbing, tükenmişlik ve hastanın doktora soru sormaktan çekinmesi” şeklinde bildirilmiştir. Bu görüşlerden bazıları aşağıda verilmiştir.

“Dediğim gibi hiç yayınumuz yok, internette bile araştırdığımızda hiçbir şey bulamıyoruz. Türkçe kaynağımız yok bizim. O yönden çok zayıfız. İnşallah olur. Yani yok, kitabımız yok, yayınumuz yok, bu konuda çok eksikiz.” (Hemşire 5)

“Yani tıpta bir şey var... Yetersizlik, iş yükü var. Hani doktorlarda da öyle. İletişimsizlik var. Onların hani belki iletişimin daha iyi hale getirilmesi, eleman eksikliğinin, tükenmişliğin önüne geçmek adına bir şeyler yapılmalı yani. Onu söyleyebilirim. Yani şey de yok hani bizim hastalarımızda da süregelen doktora çok fazla soramama, bir şeylerden çekinme... Belki eğitime, öğrencilerin muayene etmesine izin vermeyecek ama o an veriyor ister istemez. Çekince, korku vesaire. O şekilde yani. Hastalara da bu cesareti verdirmek gerekiyor.”(Hemşire 3)

İtibarlı bakımın sunulmasındaki engellerin kaldırılması için katılımcılar tarafından kurumsal ve bireysel çözümler önerilmiştir. Kurumsal çözüm önerileri arasında kurumun itibarlı bakım sunmaya yönelik politika oluşturmaları, tüm çalışanlara bu konuda eğitim vermesi ve bunu denetlemesi, personel tükenmişliğini önleyerek çalışanların bu konudaki duyarlılıklarını sürdürmelerini sağlaması ve çalışma alanlarının personelin yeteneğine göre belirlenmesi bulunmaktadır. Ayrıca çalışan sayısının artırılması, bunun mümkün olmadığı durumlarda klinik yatak kapasitesinin azaltılması, çalışma saatlerinin uzun tutulmaması da kurumsal çözüm önerileri arasındadır. Bireysel çözümler ise hastalara empatik ve bütüncül yaklaşılması, çalışanın bilgi eksikliğini gidermek için çaba göstermesi, takım çalışmasına uyum sağlaması ve kurum politikalarına uyması bulunmaktadır. Katılımcı hemşireler tarafından itibarlı bakımın sunulmasındaki engeller ve çözüm önerilerine yönelik ifadelerden bazıları aşağıda verilmiştir.

“İşte... Hemşire iş yükünün, yani onların tükenmişliğinin azaltılması; yine personel, destek ekibinin artırılması olabilir. Eğitimler olabilir. Hasta ile iletişim bazında işte... Mahreminin korunması açısından ekstra eğitimler olabilir. Bu eksiklerin de belirlenip kişilerin de yapamama durumlarında bu alanlardan çekilmesi; yeteneklerinin ölçülmesi; uzun sürede tükenmişlik yaşamadan hani dönüşüm, çözülmesi iyi olur diye düşünüyorum.” (Hemşire 3)

“Sert tavırlar... Mobbing de dâhil bence buna. Bazı şeyler zorla yapılmaz. Onun haricinde karşılıklı iletişim olduktan sonra hiçbir şey engel değil.” (Hemşire 9)

“Hasta sayısının fazla olması, bakımın yetersiz olması, çalışan sayısının eksik olması, ne bileyim eldeki imkânların çok fazla olmaması, hastane imkânları, eğitim şartları, insanların eğitim düzeyleri, hastaya yaklaşımları... Bunlar etkileyen faktörlerdir herhalde.” (Hemşire 6)

“Şu anda itibarlı bakımda... Bireysel eğitimler verilebilir, denetlemeler sıklaştırılabilir. Yani eğitim, denetlemeler sonucunda kişinin hastaya karşı yaklaşımı, tutumu... Hastayla irtibat kurulabilir, hastalardan bilgi alınabilir. Memnuniyeti değerlendirilebilir. İtibar kriterleri, neler olması gerekiyor... Bir de bakım veren hemşirenin itibar konusundaki yaklaşımı çok önemli. Hastaya nasıl yaklaşacak? Kendisi itibar kavramını biliyor mu? Hani hastayla iletişim kurmasında olabilir, bakımında olabilir. Yani itibar hastayla iletişimde de itibarlı olmak gerekiyor aslında, sadece bakım vermede değil. Çünkü sözel olarak da mimikler bile hastanın psikolojisini olumsuz etkileyip onu nasıl diyeyim itibarsızlaştırabilir kendi içinde yani.” (Hemşire 1)

Araştırmaya katılan hemşirelerin görüşlerinden edinilen bilgiye göre itibarlı bakımın hastanın iyileşme süreci üzerinde olumlu etki oluşturmaları ve bu nedenle hizmet aldığı hastaneye/çalışanlara karşı duyduğu güveni artırması beklenmektedir. Ayrıca hastanın bütüncül bakım almasına ve buna bağlı olarak da hemşirenin iş doyumunun artmasına olanak sağlayabileceği ifade edilmiştir.

5. TARTIŞMA

5.1 Hasta İtibar Envanteri Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliğinin İncelenmesi

Hasta İtibar Envanterinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini incelemek amacıyla dil ve kapsam geçerliliği sağlandıktan sonra psikometrik ölçümleri yapılmıştır.

5.1.1 Hasta İtibar Envanterinin güvenilirliği

Güvenilirlik bir ölçme aracının ölçmeyi hedeflediği özelliği ne derece hatasız ölçtüğünün göstergesidir (88). Güvenilirlik kavramı ölçme aracıyla birlikte ölçüm sonuçlarını da kapsar (88). Bir ölçüm aracının geçerli olabilmesi için öncelikle güvenilir olması gereklidir. Ölçme araçlarının güvenilirliğini değerlendirmek için çeşitli yöntemler bulunmaktadır (88). Cronbach α güvenilirlik katsayısı bu yöntemlerden biri olup ölçüm aracının iç tutarlılığını ölçmektedir.

Hasta İtibar Envanteri Türkçe versiyonunun Cronbach α güvenilirlik katsayısı uygulamada 0.94 olarak bulunmuştur. Hasta İtibar Envanteri orijinal versiyonunun Cronbach α güvenilirlik katsayısı (25) 0.93; Almanca versiyonunda (26) 0.96; İtalyan versiyonunda (27) 0.96; İspanyolca uyarlamasında (28) 0.89; Yunanca versiyonunda (29) 0.70 ve Çekçe uyarlamasında (30) 0.92'dir.

Test- tekrar test yöntemi ise ölçüm aracının güvenilirliğinin zaman içinde değişmezlik durumuna göre değerlendirilmesini kapsamaktadır (88). Bu yöntemde testin ilk uygulandığı örneklemdaki bireylere tekrar uygulanması; ancak ikinci uygulama zamanının bireyin ilk değerlendirmede verdiği cevapları hatırlamayacağı kadar uzun; ölçülen özellikle ilgili önemli bir değişiklik yaşamayacağı kadar kısa olması önemlidir (88). Test-tekrar test güvenilirliğinin hesaplanmasında korelasyon analizi kullanılmaktadır. Korelasyon analizi sonucu +1'e ne kadar yakınsa ölçüm aracı o kadar güvenilir olup ölçüm aracının güvenilirliğini sağlamak için korelasyon katsayısının en az 0.70 olması önerilmektedir (89, 90).

Hasta İtibar Envanteri Türkçe versiyonunda test tekrarı örneklemin % 25.2'si ile yapılmıştır; test-tekrar test süresi en az 1 hafta en çok 5 hafta olup ortalama 2 haftadır. Test-tekrar test güvenilirliği palyatif bakım hastalarının ilk ve ikinci uygulamadan aldığı toplam HİE puanları arasında yapılan eşleştirilmiş örneklem t testi ($p>0.05$) ve Pearson korelasyon analizi (korelasyon katsayısı $r=0.757$) ile saptanmıştır. Hasta İtibar Envanteri orijinal versiyonunda (25) ikinci test örneklemin % 52,25'i ile 24 saat sonra uygulanmış ve test-tekrar test

güvenilirliği korelasyon katsayısı $r=0.85$ olarak bulunmuştur. İtalyan versiyonunda (27) örneklemin % 30'u ile ilk uygulamadan 14 gün sonra yapılmış ve Lin concordance katsayısı ile analiz edilmiştir (0.73). İspanyol versiyonunda (28) ikinci test örneklemin % 25'i ile ilk uygulamadan 48 saat sonra yapılmış ve sınıf içi korelasyon katsayısı 0.931 olarak hesaplanmıştır. Yunan versiyonunda (29) ikinci uygulama örneklemin % 30'u ile ilk uygulamadan 1 hafta sonra yapılmış olup sınıf içi korelasyon katsayısı 0.86-1 aralığında saptanmıştır. Çek versiyonunda (30) ikinci test örneklemin % 10.4'ü ile 14 gün sonra uygulanmış ve Gwet katsayısı 0.75 olarak bulunmuştur. Alman versiyonunda (26) ise ilk uygulama 112 hastayla yapılmış olup ikinci uygulama yapılmamıştır.

Faktör analizlerinde bir diğer önemli durum da özdeğer (eigenvalue) yükseldikçe faktör başına açıklanan varyans da yükselmektedir (80). Özdeğer bir faktörün yüklerinin kareleri toplamıdır (80). Varyans yükseldikçe ölçeğin güvenilirliği artar (80). Bir ölçeğin güvenilir olabilmesi için o ölçeğin faktörlerinin toplam varyansın en az % 50'sini açıklaması gerekmektedir (81). Hasta İtibar Envanteri'nin orijinal, Almanca; İtalyanca; İspanyolca ve Çekçe versiyonlarında açıklanan varyans oranı toplam varyansın sırasıyla % 58; % 71; % 48; % 79.4 ve % 56.3'tür (25-28, 30). Hasta İtibar Envanteri Yunanca versiyonunda elde edilen faktörlerin toplam varyansı hangi oranda açıkladığına ilişkin bir veriye ulaşılamamıştır (29). Hasta İtibar Envanteri Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ise açıklanan varyans toplam varyansın % 68'idir.

Örneklem büyüklüğü bir ölçeğin güvenilirliği ve geçerliliğinin değerlendirilmesinde önemlidir. Literatürde ölçek geçerlilik güvenilirlik çalışmalarında örneklem büyüklüğüne ilişkin farklı yaklaşımlar olduğu görülmekle birlikte ölçekte bulunan maddelerin toplamının en az 5 katı olması önerilmektedir (67). Hasta İtibar Envanteri'nin orijinal versiyonunun örneklemini 18 yaş ve üzerinde, palyatif bakım programına kayıtlı, yaşam beklentisi 6 ayın altında olan toplam 253 hasta oluşturmuş olup bu hastaların % 92'si ileri evre kanser hastalığına; % 8'i kanser dışı palyatif bakım gerektiren hastalıklara sahiptir (25). Hasta İtibar Envanteri'nin Almanca versiyonunun örneklemini toplam 112 kanser hastası oluşturmuştur (26). Hasta İtibar Envanteri'nin İtalyanca versiyonunun örneklemini 266 hematoloji ve onkoloji hastası oluşturmuş olup yaşam beklentisi 6 ayın ve Karnofsky performans skalası % 70'in üzerinde olan hastalar çalışma kapsamına alınmıştır (27). Hasta İtibar Envanteri İspanyolca versiyonunun örneklemini ileri evre kanser hastalığına sahip 124 hastadan oluşmuş olup yaşı 18'in ve Karnofsky performans skalası % 30'un üzerinde olan hastalar çalışmaya alınmıştır (28). Hasta İtibar Envanteri'nin Yunanca versiyonunun örneklemini 18 yaş ve üzerinde toplam

120 kanser hastasından oluşmuştur (29). Hasta İtibar Envanteri'nin Çekçe versiyonunun örnekleme kanser ve kanser dışı palyatif bakım gerektiren hastalıklara sahip 239 hastadan oluşmuş olup yaşam beklentisi 6 ayın üzerinde olan 18 yaş ve üzeri hastalar çalışma kapsamına alınmıştır (30). Hasta İtibar Envanteri'nin Türkçe versiyonunun örneklemini 18 yaş ve üzerinde; deliryum, demans ve diğer mental problemleri bulunmayan; Palyatif Performans Skoru (68) % 40 ve üzerinde olan ve iletişim kurmaya engel bir durumu olmayan toplam 127 ileri evre kanser hastası oluşturmuştur. Bu çalışmaların tamamında çalışma kapsamına alınan bireylerin bilişsel fonksiyonları ve iletişim durumları göz önünde bulundurulmuştur (25-30).

5.1.2 Hasta İtibar Envanterinin geçerliliği

Geçerlilik bir ölçme aracının ölçtüğü varsayılan özelliği doğru ölçebilme derecesidir (67, 80). Ölçme araçlarında yorumsal, yapısal ve ölçüte dayalı olmak üzere 3 ana grupta ifade edilebilir (67). Hasta İtibar Envanteri'nin Türkçe yorumsal geçerliliği için dil eşdeğerliği sağlandıktan sonra farklı alanlarda uzman 10 kişinin onayına sunularak yüzeysel geçerliliği sağlanmıştır. Daha sonra bu uzman görüşlerinin kapsam geçerlilik oranları hesaplanarak yorumsal geçerliliği sağlama aşamaları tamamlanmıştır. Yapı geçerliliği için doğrulayıcı faktör analizi (yapısal eşitlik modellemesi) ve açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizinde ölçek maddelerin faktör yükleri belirlenmektedir. Bir faktörün kararlı olması için en az 3 maddeden oluşması ve faktör yükünün de minimum 0.30 olması gereklidir (91). Ölçüte dayalı geçerlilik ise bir ölçeğin eşzaman geçerliliğini ifade etmektedir (67).

Hasta İtibar Envanteri'nin Türkçe versiyonunun yapı geçerliliği analizleri sonucunda özdeğeri 1 ve üzerinde olan 5 faktör elde edilmiştir. Envanterde bulunan 25 maddenin faktör yükleri 0.42-0.85 aralığında olup maddelerin tamamı faktör yapılarına dahil olmuştur. Birinci faktör "Semptom Distresi"; ikinci faktör "Varoluşsal Distres"; üçüncü faktör "Özgüven"; dördüncü faktör "Bağımlılık" ve beşinci faktör "Destek Bakım Gereksinimi" olarak isimlendirilmiştir. Hasta İtibar Envanteri'nin orijinal versiyonunda madde faktör yükleri 0.57-0.81 aralığında değişmekte olup 25 maddenin 19'u toplam 5 faktöre yüklenmiştir (25). Hasta İtibar Envanteri orijinal versiyonunda 10, 19, 23 ve 24. maddeler faktör yükleri 0.55'in altında olması ve 10, 19 ve 24. maddelerin iki faktöre birden yüklenmesi nedeniyle herhangi bir faktöre dâhil edilmemiş; ancak envanterden de çıkarılmamıştır (25). Hasta İtibar Envanteri Almanca versiyonunda 25 maddenin tamamı toplam 4 faktöre yüklenmiş olup faktör yüklerinin 0.49-0.86 aralığında olduğu saptanmıştır (26). Hasta İtibar Envanteri İspanyol versiyonunda faktör

yükleri 0.34-0.86 arasında değişen toplam 3 faktör saptanmış olup faktör yükü 0.15 olarak saptanan 17. madde de envanterden çıkarılmamıştır (28). Hasta İtibar Envanteri Yunanca versiyonunda toplam 5 faktör elde edilmiş olup faktör yüklerinin 0.58-0.86 aralığında olduğu saptanmıştır (29). Ancak birden fazla faktöre yüklenen toplam 7 madde (9, 10, 14, 18, 19, 23 ve 24. maddeler) envanterden çıkarılarak 18 madde ve 5 faktörden oluşan bir envanter elde edilmiştir (29). Hasta İtibar Envanteri Çekçe versiyonunda faktör yükleri 0.37 ile 0.92 arasında değişen toplam 5 faktör elde edilmiş; ancak beşinci faktöre yüklenen madde sayısının az olması nedeniyle dördüncü ve beşinci faktör birleştirilmiştir (30). Ayrıca Hasta İtibar Envanteri Çekçe versiyonunda 22. madde faktör yükünün düşük olması nedeniyle herhangi bir faktöre yüklenmediği için envanterden çıkarılmış; sonuç olarak 4 faktörlü ve 24 maddeden oluşan bir envanter elde edilmiştir (30). Tüm bu çalışmalarda elde edilen faktör sayıları ve faktörlerin kapsadığı maddeler orijinal HİE ile tamamen uyumlu olmayıp envanterin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapıldığı dillerin tümünde de birbirinden farklıdır (25-30). Bu durum envanterin geçerlilik güvenilirlik çalışmasının yapıldığı ülkelerin kültürel farklılıklarıyla açıklanabilir.

Ölçüte dayalı geçerliliği test etmek amacıyla HİE Türkçe versiyonunda HADÖ kullanılmıştır. Hasta İtibar Envanteri Türkçe versiyonu toplam puanları ile HADÖ anksiyete ve depresyon alt boyutları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde korelasyon bulunmuştur ($p<0.01$). Hasta İtibar Envanteri orijinal versiyonunda ölçüte dayalı geçerliliği değerlendirmek amacıyla Kronik Hastalık Terapisi Fonksiyonel Değerlendirme-Spiritüel İyilik Ölçeği (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spritual Well Being –FACITsp), Edmonton semptom değerlendirme ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, palyatif bakımda semptom ve kaygıya yönelik yapılandırılmış görüşme değerlendirmesinin (structured interview assessment of symptoms and concerns in palliative care) acı çekme ve itibar maddeleri ile yaşam kalitesi ölçeği kullanılmış olup bu ölçeklerin HİE alt boyutları ile anlamlı korelasyona sahip olduğu saptanmıştır (25). Hasta İtibar Envanteri Almanca versiyonunda ölçüte dayalı geçerlilik çalışması için Distres Termometresi, Hasta Sağlık Anketi (patient health questionnaire), Jeneralize Anksiyete Bozukluğu Ölçeği (generalized anxiety disorder scale), demoralizasyon ölçeği, bekk umutsuzluk ölçeği, yaşam tutumu ölçeği (Life Attitude Profile-Revised), yaşam kalitesi ölçeği (European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Core 30), destekleyici bakım gereksinimi taraması kısa formu (Short Form Supportive Care Needs Survey) kullanılmıştır (26). Bu değerlendirmede HİE ile yaşam kalitesi ölçeğinin global sağlık durumu ve fonksiyonelliğe ilişkin alt boyutları arasında negatif ilişki

saptanırken diğer değişkenler arasında anlamlı düzeyde korelasyon saptanmıştır (26). Hasta İtibar Envanteri İtalyanca versiyonunda Edmonton semptom değerlendirme ölçeği, Kronik Hastalık Terapisi Fonksiyonel Değerlendirme Spiritüel İyilik Ölçeği, HADÖ ve İnanç Sistemi Envanteri (The system of belief inventory-SBI 15-r) ile ölçüte dayalı geçerlilik çalışması yapılmış olup bulunmuştur (27). Hasta İtibar Envanteri İspanyolca versiyonunda ölçüte dayalı geçerlilik değerlendirmesi için Edmonton semptom değerlendirme ölçeği, Kronik Hastalık Terapisi Fonksiyonel Değerlendirme-Spiritüel İyilik Ölçeği ve HADÖ kullanılmış olup bu ölçeklerin HİE ile anlamlı düzeyde korelasyona sahip olduğu saptanmıştır (28). Hasta İtibar Envanteri Yunanca versiyonunda HADÖ, Kısa Sağlık Taraması Formu (short form health survey-SF 12) ve hızlandırılmış ölüme karşı tutum ölçeği (attitudes toward hastened death) ile ölçüte dayalı geçerlilik çalışması yapılmış olup Kısa Sağlık Taraması formunun “fiziksel komponent” alt boyutu dışında tüm ölçeklerle HİE alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (29). Hasta İtibar Envanteri Çekçe versiyonunda ölçüte dayalı geçerlilik çalışması yapılmamıştır (30).

5.2 Palyatif Bakım Hastalarının ve Hemşirelerin İtibarlı Bakıma İlişkin Görüşleri

Palyatif bakım hastalarının itibarlı bakıma ilişkin görüşlerini değerlendirmek için ileri evre kanser hastalığına sahip 10 hastayla görüşülmüş ve elde edilen verilerin tema analizi yapılmıştır.

İtibar kavramı palyatif bakım hastaları tarafından “saygı, saygınlık, değer vermek, güvenmek, sevgi ve şefkat göstermek, önem vermek, çirkin görmemek, methetmek ve hürmet etmek” şeklinde tanımlanmıştır. Palyatif bakım hastalarına göre itibarlı bakım ise genel anlamıyla “sağlıklı bir iletişimle birlikte güler yüzlü ve kalifiye hizmet sunumu” olarak ifade edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda itibarlı bakımı saygınlık ve yararlılık bakımından açıklayacak biçimde iki ana tema elde edilmiştir. Saygınlık teması hasta birey ile sağlık çalışanı arasındaki sağlıklı iletişimi ve sağlık çalışanının hastaya değer vermesini; yararlılık teması ise itibarlı bakımın hastanın iyileşmesi üzerinde olumlu etki göstererek güven duymasını ifade etmektedir.

İtibar kavramı hemşireler tarafından “saygınlık, karşı tarafta uyandırılan his, aşağılanmamak, yaşamını ahlaki değerlere uygun biçimde sürdürmek ve onur” biçiminde tanımlanmıştır. İtibarlı bakımın en kapsamlı tanımı hemşireler tarafından “hastayı etiketlemeden ve sosyal statüsünden bağımsız olarak saygınlığını koruyarak bakım ve tedavi

gereksinimlerini belirlemek ve bilgi eksikliğini gidermek” şeklinde ifade edilmiştir. Palyatif bakım hastalarına bakım veren hemşirelerin tanımladıkları itibarlı bakım uygulamaları arasında hastanın vücut bakımlarının verilmesi ve tedavi sürecine katılımının sağlanması, yapılacak uygulamalarda onayının/onamının alınması, kişisel ve medikal verilerinin gizliliğinin sağlanması, nezaketle yaklaşmak, insanca davranmak, prosedürlere uygun bakım vermek, hastayı bütüncül olarak ele almak ve hasta yakınına da psikolojik destek sağlamak bulunmaktadır. Hemşireler ayrıca itibarlı bakımın kurum kültürünün bir parçası olması gerektiğini belirtmişlerdir. Palyatif bakım hemşirelerinden elde edilen verilerin analizi sonucunda itibarlı bakıma ilişkin “saygınlığı sürdürme; engeller ve çözüm önerileri ve sonuçlar” olmak üzere üç ana tema elde edilmiştir.

Hem palyatif bakım hastaları hem de bu hastalara bakım veren hemşire grubunda iki ortak tema saptanmıştır. Bunlar saygınlığı sürdürme ve yararları temalarıdır. Yararlar teması isim olarak farklı olmasına rağmen hastalık süreci üzerinde olumlu etki ve hastanın güven duymasını sağlaması alt grupları ortaktır. Saygınlığı sürdürme teması ise her iki grupta da aynı kodlara sahiptir. Hemşirelerden elde edilen verilerin tema analizinde saptanan üçüncü tema ise engeller ve öneriler olup bu tema kurumun itibarlı bakım kültürünü oluşturmaya yönelik önerileri de içermektedir. Bunlar farkındalığı artırma, denetleme ve görevlendirmede liyakattir.

Baillie’nin (2009) çalışmasında yataklı tedavi kurumlarında hasta itibarı incelenmiştir. İngiltere’de bir cerrahi klinikte, 34 ile 92 yaş aralığında bulunan 24 hasta ile yapılan bu çalışmada ortamın, personel davranışlarının ve hastadan kaynaklanan bazı faktörlerin hasta itibarını etkilediği saptanmıştır. Hasta mahremiyetine dikkat edilmesinin, hasta itibarını artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (19). Palyatif bakım hastaları ve hemşireleri de Baillie’nin (Baillie) çalışmasına benzer şekilde sağlık personelinin iletişim şeklinin, hasta mahremiyetine dikkat edilmesinin ve hasta odasının temiz tutulmasının hasta itibarının korunmasında önemli olduğunu belirtmişlerdir.

Walsh ve Kowanko’nun (2002) hastaların ve hemşirelerin itibar kavramına yönelik görüşlerinin kıyaslandığı çalışmasında her iki grupta da benzer temalar saptanmıştır. Bu temalar hasta itibarının temelini saygı, mahremiyet ve kontrol kavramlarının oluşturduğunu göstermiştir (20). Walsh ve Kovanko’nun çalışmasına benzer şekilde palyatif bakım hastaları ve hemşireleri itibarlı bakımın temelini mahremiyetin korunması ve saygının oluşturduğunu belirtmişlerdir (20).

Henderson, Eps, Pearson, James, Henderson ve Osborne'un (2009) çalışmasında hastanede yatan hastalarda itibarlı bakımın nasıl sürdürüleceği incelenmiştir. Avustralya'da 15 erkek ve 24 kadın hasta ile yapılan çalışmada itibarlı bakımın sürdürülmesinde iki ana faktör belirlenmiştir. Bunlardan biri fiziksel çevrenin devamlılığının sağlanması, bir diğeri ise hemşirenin iletişim kurma tarzıdır. İletişim tarzının önemi palyatif bakım hastalarının ve hemşirelerin görüşlerinin alındığı bu araştırmada Henderson, Eps, Pearson, James, Henderson ve Osborne'un (24) çalışmasındaki bulgulara benzer biçimde vurgulanmıştır.

Kinnear ve Williams'ın çalışmasında (2014) yaşlı hastalar itibarlı bakımın güvende hissetmek, bir birey gibi hissettirilmesi gibi detaylardan oluştuğunu belirtmişlerdir (62). Bu araştırmada itibarlı bakımın palyatif bakım hastaları tarafından da benzer kelimelerle tanımlanması, itibarlı bakımın temel insan gereksinimlerinden olduğu şeklinde yorumlanabilir.

İtibarlı bakıma yönelik yapılan çalışmalar, bazı ülkelerde itibarlı bakımın sağlık politikalarını şekillendirmede rol oynamasına da neden olmuştur. Danimarka, İngiltere, Kanada ve Güney Avustralya bu ülkelere örnek verilebilir (92-95).

Güney Avustralya ve İngiltere'de uygulanan bakımın itibarlı olması için bu ülkelerin sağlık bakanlıkları tarafından on ana kriter belirlenmiştir. Bu kriterler suiistimalin önlenmesi; bakım sunarken empati kurulması ve bireyin mahremiyetine dikkat edilmesi; verilen bakımın bireyselleştirilmiş olması; bakım alan bireyin özel olduğunun hissettirilmesi, duygularını ifade etme ve bakımına ilişkin karar verme olanaklarının sağlanması; yalnızlığının hafifletilmesi, aile üyeleri veya bakım verenleriyle de iletişim kurulması ve özgüveninin sürdürülmesini kapsamaktadır (93, 95).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

6.1.1 Hasta İtibar Envanterinin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasına ilişkin sonuçlar

Hasta İtibar Envanteri araştırmacı ve bir akademisyen tarafından Türkçe çevirisi yapıldıktan sonra 10 uzmanın görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşlerine göre şekillendirilen ölçeğin kapsam geçerlilik oranı 0.80'in üzerinde bulunmuştur. Beş hasta ile ön uygulaması yapılan envanter hastalar tarafından anlaşılır bulunmuştur. Hasta İtibar Envanteri'nin oluşturulan Türkçe versiyonunun İngilizce'ye geri çevirisi yapılmış ve orijinali ile eşdeğer bulunmuştur.

Yapı geçerliliği analizlerinde veri setinin faktör analizi yapabilmek için yeterli olduğu saptanmıştır. Envanterin açımlayıcı faktör analizinde 5 faktör elde edilmiş; bu faktörlerin toplam varyansın % 68.70'ini açıkladığı belirlenmiştir. Envanterin 25 maddesinin tamamı elde edilen faktörlere yüklenmiştir. Hasta İtibar Envanteri Türkçe formunun Hasta İtibar Envanteri'nin orijinal versiyonuna benzer şekilde 5 faktör elde edilmesine rağmen faktörlere dâhil olan maddeler bakımından farklılık göstermesi nedeniyle doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda açımlayıcı faktör analizinde belirlenen yapı elde edilmiştir. Yapılan faktör analizlerine göre Hasta İtibar Envanteri'nin yapı geçerliliğinin sağlandığı sonucuna varılmıştır. Elde edilen faktörler "Semptom Distresi", "Varoluşsal Distres", "Özgüven", "Bağımlılık" ve "Destek Bakım Gereksinimi" olarak adlandırılmıştır. Faktör madde dağılımları arasındaki bu farklılığın Türk ve Kanada toplumu arasındaki kültürel yapı farklılığından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Envanterin zaman içinde değişmezliğini değerlendirmek amacıyla uygulama yapılan örneklem içinden 32 hasta ile ikinci uygulama yapılmış; hastaların ilk ve ikinci uygulama toplam puanları arasında yapılan eşleştirilmiş örneklem t testi sonucunda puanlar arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucuna varılmıştır ($p>0.05$).

İç tutarlılık analizlerinde Hasta İtibar Envanteri'nin ilk uygulama Cronbach α 0.94; ikinci uygulama Cronbach α 0.90 olarak saptanmıştır. Envanterin eşzaman geçerliliğini saptamak için hastalara envanterle birlikte Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği uygulanmış; yapılan korelasyon analizinde envanter toplam puanı, envanter faktörleri ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

($p<0.05$). Ölçeğin toplam puanı ilk uygulamada 46.85 ± 18.49 (min:25- max:125), ikinci uygulanmasında ise 40.78 ± 13.96 (min:25-max: 70) olarak bulunmuştur.

6.1.2 Palyatif bakım hastalarının ve hemşirelerin itibarlı bakıma ilişkin görüşlerinden elde edilen sonuçlar

Bu amaçla görüşülen 10 palyatif bakım hastası ve 10 hemşireden yarı yapılandırılmış görüşme yoluyla elde edilen verilere tematik analiz yapılmıştır. Tema analizi aşamaları ve sonuçları 2 uzman akademisyen tarafından incelenmiştir. Bu analizlerden elde edilen sonuçlar şöyle özetlenebilir:

Hastalarla yapılan görüşmelerin çözümlemesi sonucunda saygınlık, bakım uygulamaları ve yararlılık şeklinde 3 ana tema elde edilmiştir. Hemşirelerle yapılan görüşmelerde ise veriler saygınlığın sürdürülmesi; engeller ve öneriler ile bakımın yararları olarak üç ana başlık altında toplanmıştır.

İtibarlı bakımın hastanın saygınlığını koruyan; sağlık çalışanları ile hasta arasında sağlıklı iletişim kurulmasına ve bireyin kendini değerli ve güvende hissetmesine yol açan olumlu etkilere sahip, hastanın bütüncül bakım almasını sağlayan bir süreç olduğu ve buna bağlı olarak da hemşirenin iş doyumunu artırdığı belirtilmiştir. İtibarlı bakım kültürünü oluşturmak ve sürdürmek için kurumsal politikalar geliştirilmesi; bu politikaların da konuya ilişkin farkındalığı artıracak ve personelin yeterliliklerine göre görevlendirilmelerini sağlayacak; tükenmişliği önleyecek düzenlemeler içermesi önerilmiştir.

6.2 Öneriler

6.2.1 Hasta İtibar Envanteri Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının sonuçlarına yönelik öneriler

Hasta İtibar Envanteri Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının sonuçlarına göre;

Bir vakıf üniversitesi hastanesi ile bir devlet üniversitesi hastanesinde yatan 127 onkoloji hastasıyla geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan envanterin daha geniş ve farklı hasta popülasyonlarıyla da tekrarlanması;

Envanterin palyatif bakım hastalarına bakım veren sağlık çalışanları tarafından uygulanarak elde edilen sonuçların bu hastalara verilecek sağlık bakımının planlanması için kullanılması önerilir.

6.2.2 Palyatif bakım hastalarının ve hemşirelerin itibarlı bakıma ilişkin görüşlerinden elde edilen sonuçlara yönelik öneriler

Palyatif bakım hastalarının ve hemşirelerin itibarlı bakıma ilişkin görüşlerinin edinilen verilerin tema analizi sonuçlarına göre;

Hastaların iyileşme sürecine ve güven duygularının artmasına katkı sağlamak için sağlık çalışanlarının itibarlı bakıma yönelik farkındalıklarını artırmak amacıyla sağlık kurumları tarafından konuya ilişkin eğitimler verilmesi ve eğitici materyaller hazırlanması;

Sağlık kurumlarının itibarlı bakımı kurum kültürü haline getirmesi amacıyla personeli yeteneklerine göre görevlendirmesi ve hasta memnuniyeti değerlendirmesi ve diğer yollarla denetimler yapması;

Hemşirelik eğitimi veren okulların itibarlı bakım kavramını müfredat kapsamına alması önerilir.

KAYNAKLAR

1. International Council of Nursing (2002). (<http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>) Erişim tarihi: 19.11.2017
2. 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu (1954). (http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/mev/mev_kan/hemsirelik_kanunu.pdf) Erişim tarihi: 22.11.2017
3. 5634 sayılı Hemşirelik Kanunu (2007). (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm>) Erişim tarihi: 22.11.2017
4. Hemşirelik Yönetmeliği: 27515 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği (2010). (www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik-yayimlanmistir.html) Erişim tarihi: 19.05.2018
5. Bakım: Türk Dil Kurumu (http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=BAKIM) Erişim tarihi: 22.11.2017
6. DalPezzo NK. Nursing care: a concept analysis. Nursing Forum; 44(4), 256–264, 2009. doi:10.1111/j.1744-6198.2009.00151.x
7. Mut Sürmeli D, Akçiçek F. Palyatif bakım: tanımı ve tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics; 9(1), 8-11, 2016.
8. Palyatif: Türk dil Kurumu. (http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5a15b3c6eb2e50.51198742) Erişim tarihi: 22.11.2017
9. Dünya Sağlık Örgütü Palyatif bakım tanımı (2002). 11 21, 2017 tarihinde (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>) Erişim tarihi: 21.11.2017
10. Türkiye İstatistik Kurumu Hayat Tabloları, 2016. (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644>) Erişim tarihi: 19.5.2018
11. Türkiye İstatistik Kurumu Hayat Tabloları, 2013. (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18522>) Erişim tarihi: 19.5.2018
12. Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (1948). (<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>) Erişim tarihi: 19.11.2017

13. İtibar: Türk Dil Kurumu.
(http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=%C4%B0T%C4%B0BAR) Erişim tarihi: 22.10.2017
14. ICN Hemşirelik Etik Kodları. (2012). (<http://www.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/>) Erişim tarihi: 19.11.2017
15. Adib-Hajbaghery M, Aghajani M. Patients dignity in nursing. *Nursing and Midwifery Studies*; 4(1), 228-09, 2015.
16. Merit: Merriam-Webster Dictionary. (<https://www.merriam-webster.com/dictionary/merit>) Erişim tarihi: 20.11.2017
17. Worth: Oxford Dictionary. (<https://en.oxforddictionaries.com/definition/worth>) Erişim tarihi: 22.11.2017
18. Griffin-Heslin VL. An analysis of the concept dignity. *Accident and Emergency Nursing*; 13(4), 251–257, 2005.
19. Baillie L. Patient dignity in an acute hospital setting: a case study. *International Journal of Nursing Studies*; 46(1), 23-26, 2009.
20. Walsh K, Kowanko I. Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice*; 8(3), 143-151, 2002. doi:10.1046/j.1440-172X.2002.00355.x
21. PRIAE-Policy Research Institute on Ageing & Ethnicity (2001).
(https://www.priae.org/assets/palcope/PRIAE_Hospital_Care_Dignity_on_the_Ward_Help_the_Aged_2001.pdf) Erişim tarihi: 22.10.2017
22. Kinnear D, Victor C, Williams V. What facilitates the delivery of dignified care to older people? A survey of health care professionals. *BMC Research Notes*; 8, 826; 2015. doi: 10.1186/s13104-015-1801-9
23. Chochinov HM. Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ : British Medical Journal*; 335(7612), 184-187, 2007. doi:10.1136/bmj.39244.650926.47
24. Henderson A, Van Eps, M A, Pearson K, *et al.* Maintenance of patients' dignity during hospitalization: comparison of staff–patient observations and patient feedback through interviews. *International Journal of Nursing Practice*; 15(4), 227-230, 2009. doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01764.x
25. Chochinov HM, Hassard T, McClement S, *et al.* The patient dignity inventory: a novel way of measuring dignity related distress in palliative care. *J Pain Symptom Manage*; 36(6), 559e571, 2008. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.12.018

26. Sautier LP, Vehling S, Mehnert A. Assessment of patients' dignity in cancer care: preliminary psychometrics of the German version of the patient dignity inventory (PDIG). *J PainSymptomManage*; 47(1), 181-188, 2014.
doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.02.023
27. Ripamonti CI, Buanoccorso L, Maurelli A, *et al.* Patient dignity inventory (PDI) questionnaire: the validation study in Italian patients with solid and hematological cancers on active oncological treatments. *Tumori Journal*; 98(4), 491-500, 2012.
doi:10.1177/030089161209800415
28. Rullán M, Carvajal A, Núñez-Córdoba JM, *et al.* Spanish version of the patient dignity inventory: translation and validation in patients with advanced cancer. *J PainSymptomManage*;50(6), 874-881, 2015. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.07.016
29. Parpa E, Kostopoulou S, Tsilika E, *et al.* Psychometric properties of the Greek version of the patient dignity inventory in advanced cancer patients. *J PainSymptomManage*; 54(3), 376-382, 2017. doi:10.1016/j.jpainsymman.2017.07.002
30. Kisvetrová H, Školoudík D, Danielová L. Czech version of the patient dignity inventory: translation and validation in incurable patients. *J Pain Symptom Manage*; 55(2) , 444–450, 2018.
31. Clark D. From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. *The Lancet Oncology*; 8(5), 430-438, 2007.
32. Meier DM. Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in healthcare. *Milbank Quarterly*; 89(3), 343-380, 2011.
33. Dünya Sağlık Örgütü Palyatif Bakım gerektiren hastalıklar.
(<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>) Erişim tarihi: 27.5.2018
34. Connor SR, Gwyther E. The worldwide hospice palliative care alliance. *J Pain Symptom Manage*; 55(2), 112-116, 2018.
35. WHPCA and WHO Global Atlas of Palliative Care, 2014.
(http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf) Erişim tarihi: 2.7.2018
36. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam sonu bakım organizasyonu: palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*; 11(2), 56-70, 2013.
37. Utlu G. Uzmanlık tezi. Kanser hastalarında palyatif bakım ve destek servisinde narkotik analjezik kullanımı. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İzmir, 2015.

38. Dionne-Odom JN, Azuero A, Lyons KD, *et al.* Benefits of early versus delayed palliative care to informal family caregivers of patients with advanced cancer: outcomes from the ENABLE III randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*; 33(13), 1446-1452, 2015. doi:10.1200/JCO.2014.58.7824
39. Oechsle K, Goerth K, Bokemeyer C, *et al.* Symptom burden in palliative care patients: perspectives of patients, their family caregivers, and their attending physicians. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*; 21(7), 1955-62, 2013. doi:10.1007/s00520-013-1747-1
40. Kabalak AA. Türkiye’de palyatif bakım; 2014, güncel gelişmeler, gereksinimler. *Anestezi Dergisi*; 22(3), 121-123, 2014.
41. The IAHPC Manual of Palliative Care (2013).
(<https://hospicecare.com/uploads/2013/9/The%20IAHPC%20Manual%20of%20Palliative%20Care%203e.pdf>) Erişim tarihi: 8.7.2018
42. Ek K, Sahlberg-Blom E, Andershed B. Struggling to retain living space: patients' stories about living with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of advanced nursing*; 67(7), 1480-1490, 2011.
43. Elçigil A. Palyatif bakım hemşireliği. *Gülhane Tıp Dergisi*; 54(4), 329-334, 2012.
44. Kirkpatrick AJ, Cantrell MA, Smeltzer SC. A concept analysis of palliative care nursing advancing nursing theory. *Advances in Nursing Science*; 40(4), 356-369, 2017.
45. Hiçdurmaz D, Arı İnci F. Compassion fatigue: description, causes and prevention. *Current Approaches in Psychiatry*; 7(3), 295-303, 2015.
doi:10.5455/cap.20141128113430
46. Çevik B, Kav S. Attitudes and experiences of nurses toward death and caring for dying patients in Turkey. *Cancer Nursing*; 36(6), 58-65, 2013.
doi:10.1097/NCC.0b013e318276924c
47. Kabalak AA, Öztürk H, Erdem AT. S.B. Ulus Devlet Hastanesi’nde kapsamlı palyatif bakım merkezi uygulaması. *Çağdaş Tıp Dergisi*; 2(2), 122-126, 2012.
48. Matiti M. Patient dignity in nursing: a phenomenological study. Unpublished PhD Thesis. University of Huddersfield School of Education and Professional Development. Huddersfield, 2002. (<http://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/4599/>) Erişim tarihi: 20.11.2017

49. della Mirandola GP. Oration of dignity of man, 2014.
(https://ebooks.adelaide.edu.au/p/pico_della_mirandola/giovanni/dignity/) Erişim tarihi: 2.7.2018
50. Rachels J. Kantian Theory: The idea of human dignity (in) The Elements of Moral Philosophy (s. 114-17,122-23), Random House, Inc ,1986.
(http://public.callutheran.edu/~chenxi/phil345_022.pdf) Erişim tarihi: 20.6.2018
51. Meyer MJ. Kant's concept of dignity and modern political thought. History of European Ideas; 8(3), 319-332, 1987. doi:[https://doi.org/10.1016/0191-6599\(87\)90005-2](https://doi.org/10.1016/0191-6599(87)90005-2).
52. Haddock J. Towards further clarification of the concept dignity. J Adv Nurs; 24(5), 924-931, 1996.
53. Gallagher A. Dignity and respect for dignity - two key health professional values: implications for nursing practice. Nursing Ethics; 11(6), 587 – 599, 2004.
doi:10.1191/0969733004ne744oa
54. Tadd W, Vanlaere L, Gastmans C. Clarifying the concept of dignity in the care of the elderly: a dialogue between empirical and philosophical approaches. Ethical Perspectives; 17(1), 253-281, 2010.
55. Nordenfelt L. The variety of dignity. Health Care Analysis; 12(2), 69-81, 2004.
doi.org/10.1023/B:HCAN.0000041183.78435.4b
56. Newman MA, Sime AM, Corcoran-Perry SA. The focus of the discipline of nursing. Advances in Nursing Sciene; 14(1), 1-6, 1991.
(https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Citation/1991/09000/The_focus_of_the_discipline_of_nursing.2.aspx) Erişim tarihi: 17.7.2018
57. Dinç L. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi; 74-82, 2010.
(http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org/pdf/pdf_HHD_105.pdf) Erişim tarihi: 16.7.2018
58. Göçmen Baykara Z. Hemşirelik bakımında hemşirenin mesleki özerkliğinin değerlendirilmesi: niteliksel bir çalışma. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etiği Anabilim Dalı, Ankara, 2010.
(www.acikarsiv.ankara.edu.tr/browse/27635/tez.pdf) Erişim tarihi: 18.7.2018
59. Pektekin Ç. Hemşirelik felsefesi: kuramlar-bakım modelleri ve politik yaklaşımlar. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul tıp kitabevi, 2013.

60. Avrupa Hasta Haklarının İyileştirilmesi Bildirgesi (1994).
(http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf) Erişim tarihi:
19.11.2017
61. Coventry ML. Care with dignity: a concept analysis. *J Gerontol Nurse*; 32(5), 42-48, 2006.
62. Kinnear D, Williams V, Victor C. The meaning of dignified care: an exploration of health and social care professionals' perspectives working with older people. *BMC research notes*; 7(854), 2014. doi:<https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-854>
63. Royal College of Nursing. Defending dignity - challenge and opportunities for nursing, 2008. (<https://www.rcn.org.uk/-/media/royal-college-of-nursing/.../2008/.../pub-003257.pdf>) Erişim tarihi: 18.7.2018
64. Duarte Enes SP. An exploration of dignity in palliative care. *Palliative Medicine*; (17), 263-269, 2003.
65. Chochinov HM, Hack T, McClement S. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Science & Medicine*; (54), 433-443, 2002.
66. Chochinov HM. Dignity-Conserving Care—A new model for palliative care. Helping the patient feel valued. *JAMA*; 287(17), 2253-2260, 2002.
doi:10.1001/jama.287.17.2253
67. Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*; (40), 39-49, 2014.
68. Anderson F, Downing GM, Hill J. Palliative performance scale (PPS): a new tool. *J Palliat Care*; 12(1), 5-11, 1996.
69. Tuncer AM, Özgül N, Gültekin M, Erdin B, Yılmaz R (ed) INCTR Palliative Access PAX Program. *Kansere Karşı Uluslararası Birlik ve Pasteur Enstitüsü, Brüksel, Belçika*, 2008.
70. Tünnüklü A. Eğitimbilim araştırmalarında etkin olarak kullanılabilecek nitel bir araştırma tekniği: görüşme. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*; (24-Güz), 543-559, 2000.
(<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/kuey/article/viewFile/5000050855/5000048098>)
Erişim tarihi: 22.7.2018
71. Aydemir Ö. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 8(4), 280-287, 2017.
72. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*; 3(2), 77-101, 2006. doi:10.1191/1478088706qp063oa

73. Davis LL. Instrument review: getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*; (5), 194-197, 1992.
74. Yurdugül H. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi. Denizli: 28-30 Eylül 2005. (<http://yunus.hacettepe.edu.tr/~yurdugul/3/indir/PamukkaleBildiri.pdf>) Erişim tarihi: 21.11.2017
75. Gözüm S, Aksayan S. Öz-etkililik yeterlilik ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 2(1), 1999.
76. Avcı S. Barnason etkililik beklenti ölçeği (BEBÖ): Kardiyak cerrahi versiyonunun Türkiye için geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yüksek lisans tezi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara, 2011.
77. SPSS Inc. Released 2006. SPSS for Windows, Version 15.0. Chicago, SPSS Inc.
78. Jöreskog KG & Sörbom D. LISREL 8.7 for Windows [Computer software]. Lincolnwood, IL: Scientific Software International, Inc. 2004.
79. Atılgan H, Saçkes M, Yurdugül H. Korku yaşantıları ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*; 3(28), 79-94, 2007.
80. Büyüköztürk Ş. Faktör analizi: temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*; (32), 470-483, 2002. (<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/108451>) Erişim tarihi: 26.07.2018
81. Yaşlıoğlu MM. Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*; 46(Özel sayı), 74-85, 2017. (<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/369427>) Erişim tarihi: 28.7.2018
82. Çerezci ET. Yapısal eşitlik modellemeleri ve kullanılan uyum iyiliği indekslerinin karşılaştırılması. Doktora tezi. Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü İstatistik Anabilim Dalı, Ankara, 2010.
83. Çapık C. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 17(3), 196-205, 2014.
84. Saygınlık: Türk Dil Kurumu. (http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&kelimesec=275646) Erişim tarihi: 8.8.2018

85. Değerli: Türk Dil Kurumu.
(http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5b6b64647791e5.96852389) Erişim tarihi: 8.8.2018
86. Methetmek: Türk Dil Kurumu.
(http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5b6b5f431bb205.03251841) Erişim tarihi: 8.8.2018
87. Olumlu: Türk Dil Kurumu.
(http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&kelime=olumlu&uid=38952&guid=TDK.GTS.537659ca32b3f8.96114790) Erişim tarihi: 8.8.2018
88. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde geçerlik ve güvenirlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 30(3), 211-216, 2004.
89. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi; 5(1), 3-14, 2003.
90. Ayhan Y. Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. Yüksek lisans tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İzmir.2013.
91. Karaman H, Atar B, Çobanoğlu Aktan D. Açımlayıcı faktör analizinde kullanılan faktör çıkartma yöntemlerinin karşılaştırılması. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi (GEFAD); 37(3), 1173-1193, 2017.e
92. Healthcare Denmark. (2017). New Danish initiative to strengthen elderly care.
(<https://www.healthcaredenmark.dk/news/new-danish-initiative-to-strengthen-elderly-care.aspx>) Erişim tarihi: 27.12.2017
93. National Dignity Council (2006). Dignity in care.
(https://www.dignityincare.org.uk/About/National_Dignity_Council/) Erişim tarihi: 18.7.2018
94. Health Council of Canada. (2012). Empathy, dignity, and respect: creating cultural safety for Aboriginal people in urban healthcare. Temmuz 18, 2018 tarihinde
(https://healthcouncilcanada.ca/files/Aboriginal_Report_EN_web_final.pdf) Erişim tarihi: 18.7.2018
95. South Australia Health. (2011). Government of South Australia: Dignity in care.
(<http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/clinical+resources/clinical+programs/dignity+in+care>) Erişim tarihi: 22.11.2017

EKLER

EK-1: Başkent Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilimsel Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Hastalar için)

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bilimsel araştırma amaçlı klinik bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınız ya da belirtilemediğini fark ettiğiniz noktalar olursa araştırmacıya sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce araştırmacı size zaman tanıyacaktır. Kararınız ne olursa olsun, araştırmacı sizin tam sağlık halinizin sağlanmasına ve korunmasına yönelik görevlerini bundan sonra da eksiksiz yapacaklardır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz taktirde formu imzalayınız.

1. ARAŞTIRMANIN ADI

Palyatif Bakım Hastalarının ve Hemşirelerin İtibarlı Bakıma İlişkin Görüşleri

2. GÖNÜLLÜ SAYISI

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam gönüllü sayısı 125 kişidir.

3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen toplam süre 30 dk'dır.

1-Palyatif Bakım Demografik Veri Formu uygulaması- 5 dakika

2- Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği uygulaması- 5 dakika

3- Hasta İtibar Envanteri- 5 dakika

4- Yarı yapılandırılmış görüşme- 15 dakika

4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmada, palyatif bakım hastalarının itibarlı bakım konusundaki görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI

18 yaş ve üstü olmanız (aşağıdaki koşullar sağlandığında üst yaş sınırı yoktur),

Okur yazar olmanız,

İletişim kurmaya engel bir durumunuzun olmaması,

Tanılanmış herhangi bir psikiyatrik hastalığınızın olmaması,

Palyatif bakım gerektiren bir hastalığa sahip olmanız ve buna uygun bir klinikte yatan hasta olmanız,

Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz.

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmanın uygulaması hasta klinikte yatarken, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek gerçekleştirilecektir.

Görüşme sırasında “Palyatif Bakım Demografik Veri Toplama Formu”, “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği”, “Hasta İtibar Envanteri” ve yüz yüze görüşme uygulanacaktır.

7. GÖNÜLLÜNÜN SORUMLULUKLARI

Araştırma sorularını cevaplamak dışında herhangi bir sorumluluğunuz bulunmamaktadır.

8. ARAŞTIRMADAN BEKLENEN OLASI YARARLAR

Araştırmamız yalnızca bilimsel amaçlı olup sizin doğrudan yarar görmeyiz ya da hastanızın tedavi seyrini değiştirmesi beklenmemektedir. Ancak, bu araştırmadan elde edilen sonuçlar sizin gibi palyatif bakım hizmeti alan bireylerin sorunlarının belirlenmesine katkı sağlayacaktır.

9. ARAŞTIRMADANKAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Araştırmadan kaynaklanacak herhangi bir risk bulunmamaktadır. Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır.

10. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU

Araştırma nedeniyle bir zarar görmeniz söz konusu olursa, tedavi için gereken masraflar Başkent Üniversitesi tarafından karşılanacaktır.

11. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki veya diğer rahatsızlıklarınız için herhangi bir saatte adresi ve telefonu aşağıda belirtilen araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

İstediğinizde Günü 24 Saati Ulaşılabilir Araştırmacının Adres ve Telefonları:

12. GİDERLERİN KARŞILANMASI VE ÖDEMELER

Bu araştırmaya katılmanız için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.

13. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM

Araştırmayı destekleyen kurum Başkent Üniversitesi'dir.

14. GÖNÜLLÜYE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILIP YAPILMAYACAĞI

Bu araştırmaya katılmanızla, araştırma ile ilgili çıkabilecek zorunlu masraflar tarafımızdan karşılanacaktır. Bunun dışında size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

15. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili tıbbi bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü tıbbi bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar tıbbi bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabileceksiniz.

16. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA KOŞULLARI

Araştırma programını aksatmanız, araştırmaya bağlı veya araştırmadan bağımsız gelişebilecek istenmeyen bir etkiye maruz kalmanız vb. nedenlerle araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi araştırmadan çıkarabilir. Ancak araştırma dışı bırakılmanız durumunda da, sizinle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

17. ARAŞTIRMADA UYGULANACAK TEDAVİ DIŞINDAKİ DİĞER TEDAVİLER

Araştırmada herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.

18. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME VEYA AYRILMA DURUMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; araştırmada yer almayı reddetmeniz veya katıldıktan sonra vazgeçmeniz halinde de kararınız size uygulanan tedavide herhangi bir değişikliğe neden olmayacaktır.

Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda da, sizle ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

19. YENİ BİLGİLERİN PAYLAŞILMASI VE ARAŞTIRMANIN DURDURULMASI

Araştırma sürerken, araştırmayla ilgili olumlu veya olumsuz yeni bilgi ve sonuçlar en kısa sürede size veya yasal temsilcinize iletilecektir. Bu sonuçlar sizin araştırmaya devam etme isteğinizi etkileyebilir. Bu durumda karar verene kadar araştırmanın durdurulmasını isteyebilirsiniz.

(Katılımcının/Hastanın/Anne-Baba/Yasal Temsilcinin Beyanı)

Sayın ... (araştırmacı adı) tarafından... (araştırma yeri adı) bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca, tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim anlatıldı.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya 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 formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜ		İMZASI
İSİM SOYİSİM		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

VASİ (Varsa)		İMZASI
İSİM SOYİSİM		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI
İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		
ONAM ALMA İŞİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİ		İMZASI
İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

EK-2: Başkent Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilimsel Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Hemşire için)

BAşKENT ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAşTIRMALAR ETİK KURULU
BİLİMSSEL ARAşTIRMALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİş GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bilimsel araştırma amaçlı klinik bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınız ya da belirtilemediğini fark ettiğiniz noktalar olursa araştırmacıya sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce araştırmacı size zaman tanıyacaktır. Kararınız ne olursa olsun, araştırmacı sizin tam sağık halinizin sağılanması ve korunmasına yönelik görevlerini bundan sonra da eksiksiz yapacaklardır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde formu imzalayınız.

1. ARAşTIRMANIN ADI

Palyatif Bakım Hastalarının ve Hemşirelerin İtibarlı Bakıma İlişkin Görüşleri

2. GÖNÜLLÜ SAYISI

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam gönüllü hemşire sayısı 10'dur.

3. ARAşTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen toplam süre **30 dk'dır.**

1- Demografik Veri Formu uygulaması- **5 dakika**

2- Yarı yapılandırılmış görüşme- **25 dakika**

4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmada, palyatif bakım hastalarının itibarlı bakım konusundaki görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI

Lisans mezunu olmanız,

En az 1 yıldır palyatif bakım hastalarına hizmet veren bir klinikte çalışıyor olmanız,

Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz.

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmanın uygulaması palyatif bakım hastaları ile çalışan hemşirelere, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek gerçekleştirilecektir.

Görüşme sırasında “Demografik Veri Toplama Formu” ve yüz yüze yarı yapılandırılmış görüşme uygulanacaktır.

7. GÖNÜLLÜNÜN SORUMLULUKLARI

Araştırma sorularını cevaplamak dışında herhangi bir sorumluluğunuz bulunmamaktadır.

8. ARAŞTIRMADAN BEKLENEN OLASI YARARLAR

Araştırmamız yalnızca bilimsel amaçlı olup sizin doğrudan yarar görmemiz beklenmemektedir. Ancak, bu araştırmadan elde edilen sonuçlar sizin gibi palyatif bakım hastaları ile çalışan hemşirelerin bakım sürecinde hasta itibarına yönelik yaptıkları uygulamaların belirlenmesine katkı sağlayacaktır.

9. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Araştırmadan kaynaklanacak herhangi bir risk bulunmamaktadır. Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır.

10. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU

Araştırma nedeniyle bir zarar görmemiz söz konusu olursa, tedavi için gereken masraflar Başkent Üniversitesi tarafından karşılanacaktır.

11. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki veya diğer rahatsızlıklarınız için herhangi bir saatte adresi ve telefonu aşağıda belirtilen araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

İstediğinizde Günü 24 Saati Ulaşılabilir Araştırmacının Adres ve Telefonları:

12. GİDERLERİN KARŞILANMASI VE ÖDEMELER

Bu araştırmaya katılmanız için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.

13. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM

Araştırmayı destekleyen kurum Başkent Üniversitesi'dir.

14. GÖNÜLLÜYE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILIP YAPILMAYACAĞI

Bu araştırmaya katılmanızla, araştırma ile ilgili çıkabilecek zorunlu masraflar tarafımızdan karşılanacaktır. Bunun dışında size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

15. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili tıbbi bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü tıbbi bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar tıbbi bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabileceksiniz

16. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA KOŞULLARI

Araştırma programını aksatmanız, araştırmaya bağlı veya araştırmadan bağımsız gelişebilecek istenmeyen bir etkiye maruz kalmanız vb. nedenlerle araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi araştırmadan çıkarabilir.

Ancak araştırma dışı bırakılmanız durumunda da, sizinle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

17. ARAŞTIRMADA UYGULANACAK TEDAVİ DIŞINDAKİ DİĞER TEDAVİLER

Araştırmada herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.

18. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME VEYA AYRILMA DURUMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz.

Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda da, sizle ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

19. YENİ BİLGİLERİN PAYLAŞILMASI VE ARAŞTIRMANIN DURDURULMASI

Araştırma sürerken, araştırmayla ilgili olumlu veya olumsuz yeni bilgi ve sonuçlar en kısa sürede size veya yasal temsilcinize iletilecektir. Bu sonuçlar sizin araştırmaya devam etme isteğinizi etkileyebilir. Bu durumda karar verene kadar araştırmanın durdurulmasını isteyebilirsiniz.

(Katılımcının/Yasal Temsilcinin Beyanı)

Sayın ... (araştırmacının adı) tarafından ... (araştırma yapılan klinikler) çalışan hemşireler üzerinde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca, meslek hayatıma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim anlatıldı.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun meslek hayatıma herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya 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 formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜ		İMZASI
İSİM SOYİSİM		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

Yasal Temsilci (Varsa)		İMZASI
İSİM SOYİSİM		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI
İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ONAM ALMA İŞİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİ		İMZASI
İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

EK-3: Hemşireler İçin Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

1. İtibar kavramını tanımlar mısınız?
2. Size göre itibarlı bakım nedir?
3. Size göre itibarlı bakımda hangi uygulamalar bulunmalıdır?
4. Sizce itibarlı bakım hasta ve ailesini nasıl etkiler?
5. Sizce itibarlı bakım vermeyi engelleyen faktörler nelerdir?
6. İtibarlı bakımı geliştirmek için önerileriniz nelerdir?



EK-4: Hastalar İçin Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

1. Size göre itibar nedir?
2. Size göre hastanede itibarlı bakım nedir?
3. Size göre itibarlı bakım uygulamaları neler olabilir?
4. Sizce “itibarlı bakımın” sağlığınız üzerine etkisi nasıl olur?



EK-5 Palyatif Bakım Hastaları İçin Demografik Veri Formu

Palyatif performans skoru:

- 1- Yaşınız:.....
- 2- Cinsiyetiniz ☐ Kadın ☐ Erkek
- 3- Medeni durumunuz: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış/Dul
- 4- Evde kiminle/ kimlerle yaşıyorsunuz?
☐ Yalnız ☐ Annem ve babam
☐ Eşim ☐ Eşim ve çocuklarım
☐ Arkadaşlarım ☐ Diğer
- 5- Eğitim durumunuz:
☐ Okur-yazar ☐ Lise
☐ İlkokul ☐ Lisans/ Üniversite
☐ Ortaokul ☐ Yüksek lisans / Doktora
- 6- Yaşadığınız Yer: ☐ Köy ☐ Kasaba ☐ İlçe ☐ İl
- 7- Algılanan Sosyo-ekonomik durum
☐ İyi
☐ Orta
☐ Kötü
- 8- Çalışma Durumunuz
☐ Çalışıyor
☐ Çalışmıyor
☐ Emekli
- 9- Sağlık güvenceniz: ☐ SGK ☐ Özel Sağlık Sigortası ☐ Diğer

HASTALIK VE TEDAVİSİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

1. Hastalığınızın tanısını belirtiniz:
2. Hastalığınızın evresi:

EK-6: Hemşireler İçin Demografik Veri Formu

Cinsiyetiniz	Kadın ()	Erkek ()
Yaşınız		
Eğitim Durumunuz	Lisans ()	
	Yüksek Lisans ()	
	Doktora ()	
Mesleki Deneyiminiz (yıl)		
Çalıştığınız Klinik		
Palyatif Bakım Hastalarıyla Toplam Çalışma Süreniz	Yıl olarak belirtiniz.	
İtibarlı bakım konusunda daha önce herhangi bir yolla (makale, konferans, kurs vb) bilgi edindiniz mi? Bu eğitimden edindiğiniz bilgiyi açıkla mısınız?		

EK-7: Palyatif Performans Skalası

Palyatif Performans Skalası (PPSv2) :					
PPS Düzeyi	Hareketlilik	Aktivite/Hastalık Bulgusu	Öz Bakım	Beslenme	Bilinç Düzeyi
%100	Tam	Normal aktivite Hastalık bulgusu yok	Tam	Normal	Tam
%90	Tam	Normal aktivite Bir miktar hastalık bulgusu	Tam	Normal	Tam
%80	Tam	Eforla normal aktivite Bir miktar hastalık bulgusu	Tam	Normal veya azalmış	Tam
%70	Azalmış	Normal iş/çalışma yapamaz Ciddi hastalık	Tam	Normal veya azalmış	Tam
%60	Azalmış	Ev işi/hobi yapamaz Ciddi hastalık	Bazen yardım gerekebilir	Normal veya azalmış	Tam veya konfüzyon
%50	Genellikle oturuyor/uzanıyor	Hiç iş yapamaz Yayılmış hastalık	Epeyce yardım gerekir	Normal veya azalmış	Tam veya konfüzyon
%40	Genellikle yatakta	Birçok aktiviteyi yapamaz Yayılmış hastalık	Genellikle yardım gerekir	Normal veya azalmış	Tam veya uykulu ± konfüzyon
%30	Tamamen yatağa bağımlı	Hiçbir aktivite yapamaz Yayılmış hastalık	Tamamen bakım gerekir	Normal veya azalmış	Tam veya uykulu ± konfüzyon
%20	Tamamen yatağa bağımlı	Hiçbir aktivite yapamaz Yayılmış hastalık	Tamamen bakım gerekir	Çok az yudum yudum	Tam veya uykulu ± konfüzyon
%10	Tamamen yatağa bağımlı	Hiçbir aktivite yapamaz Yayılmış hastalık	Tamamen bakım gerekir	Sadece ağız bakımı	Uykulu veya koma ± konfüzyon
%0	Ölüm	-	-	-	-

EK-8: Proje Onayı



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu



TS-EN-ISO 9001
KALİTE SİSTEM BELGESİ



Sayı : 94603339-604.01.02/

Konu : Proje Onayı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Yasemin Eskigölek tarafından yürütülecek olan KA17/280 nolu "Palyatif bakım hastalarının ve hemşirelerin itibarlı bakıma ilişkin görüşleri" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz tarafından uygun bulunmuştur. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ
Kurul Başkanı

Not: Çalışma bildirisi ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.



EK-9: Hasta İtibar Envanteri Uyarlama İzni

E-POSTA YAZ

Gelen Kutusu (59)

Yıldızlı

Önemli

Gönderilmiş Postalar

Taslaklar

Kişisel

Seyahat

Y Yasemin

+



e-mail: hchochinov@cancercare.mb.ca

From: Yasemin Uslu [yaseminuslu12@gmail.com]

Sent: Monday, October 16, 2017 2:34 AM

To: Harvey Chochinov

Cc: Sultan Kav

Subject: Request for permission to translate PDI into Turkish

Dear Dr Chochinov,

I am a master student at Baskent University Health Science Institute, Department of Nursing in Ankara- Turkey. I have been working as nurse about 17 years in practice and very interested to look at patients' perceptions about dignified care. During my literature search I came up with your work and Patient Dignity Inventory. My advisor is Prof Sultan Kav and we would like to ask your permission to translate and adapt the PDI into Turkish in order to use for my master thesis.

Thank you very much for your consideration.

Kind regards,

Yasemin Eskigulek

Master student at Baskent University

E-POSTA YAZ

Gelen Kutusu (59)

Yıldızlı

Önemli

Gönderilmiş Postalar

Taslaklar

Kişisel

Seyahat

Y Yasemin

+



Harvey Chochinov <hchochinov@cancercare.mb.ca>

Alıcı: bana, Sultan

Dear Yasemin

I would be delighted to see the PDI translated into Turkish.

Best of luck on your Masters thesis.

Harvey

Harvey Max Chochinov OC OM MD PhD FRCPC FRSC
Distinguished Professor of Psychiatry, University of Manitoba
3017-675 McDermot Avenue
Winnipeg, MB R3E 0V9
www.dignityincare.ca
Phone: 204-975-7728
Fax: 204-787-4937
e-mail: hchochinov@cancercare.mb.ca

EK-10: Hasta İtibar Envanteri Orijinal Versiyonu-Patient Dignity Inventory

Patient Dignity Inventory

For each item, please indicate how much of a problem or concern these have been for you within the last few days

1. Not being able to carry out tasks associated with daily living (e.g., washing myself, getting dressed).

1 ☐ Not a problem 2 ☐ A slight problem 3 ☐ A problem 4 ☐ A major problem 5 ☐ An overwhelming problem

2. Not being able to attend to my bodily functions independently (e.g., needing assistance with toileting-related activities)

1 ☐ Not a problem 2 ☐ A slight problem 3 ☐ A problem 4 ☐ A major problem 5 ☐ An overwhelming problem

3. Experiencing physically distressing symptoms (such as pain, shortness of breath, nausea).

1 ☐ Not a problem 2 ☐ A slight problem 3 ☐ A problem 4 ☐ A major problem 5 ☐ An overwhelming problem

4. Feeling that how I look to others has changed significantly.

1 ☐ Not a problem 2 ☐ A slight problem 3 ☐ A problem 4 ☐ A major problem 5 ☐ An overwhelming problem

5. Feeling depressed.

1 ☐ Not a problem 2 ☐ A slight problem 3 ☐ A problem 4 ☐ A major problem 5 ☐ An overwhelming problem

6. Feeling anxious.

1 ☐ Not a problem 2 ☐ A slight problem 3 ☐ A problem 4 ☐ A major problem 5 ☐ An overwhelming problem

7. Feeling uncertain about my illness and treatment.

1 ☐ Not a problem 2 ☐ A slight problem 3 ☐ A problem 4 ☐ A major problem 5 ☐ An overwhelming problem

8. Worrying about my future.

1 ☐ Not a problem 2 ☐ A slight problem 3 ☐ A problem 4 ☐ A major problem 5 ☐ An overwhelming problem

9. Not being able to think clearly.

1 ☐ Not a problem 2 ☐ A slight problem 3 ☐ A problem 4 ☐ A major problem 5 ☐ An overwhelming problem

10. Not being able to continue with my usual routines.

1 ☐ Not a problem 2 ☐ A slight problem 3 ☐ A problem 4 ☐ A major problem 5 ☐ An overwhelming problem

11. Feeling like I am no longer who I was.

1 ☐ Not a problem 2 ☐ A slight problem 3 ☐ A problem 4 ☐ A major problem 5 ☐ An overwhelming problem

12. Not feeling worthwhile or valued.

1 ☐ Not a problem 2 ☐ A slight problem 3 ☐ A problem 4 ☐ A major problem 5 ☐ An overwhelming problem

13. Not being able to carry out important roles (e.g., spouse, parent).

1 ☐ Not a problem 2 ☐ A slight problem 3 ☐ A problem 4 ☐ A major problem 5 ☐ An overwhelming problem

14. Feeling that life no longer has meaning or purpose.

1 ☐ Not a problem 2 ☐ A slight problem 3 ☐ A problem 4 ☐ A major problem 5 ☐ An overwhelming problem

15. Feeling that I have not made a meaningful and lasting contribution during my lifetime.

1 ☐ Not a problem 2 ☐ A slight problem 3 ☐ A problem 4 ☐ A major problem 5 ☐ An overwhelming problem

16. Feeling I have 'unfinished business' (e.g., things left unsaid, or incomplete)

1 ☐ Not a problem 2 ☐ A slight problem 3 ☐ A problem 4 ☐ A major problem 5 ☐ An overwhelming problem

17. Concern that my spiritual life is not meaningful.

1 ☐ Not a problem 2 ☐ A slight problem 3 ☐ A problem 4 ☐ A major problem 5 ☐ An overwhelming problem

18. Feeling that I am a burden to others.

1 ☐ Not a problem 2 ☐ A slight problem 3 ☐ A problem 4 ☐ A major problem 5 ☐ An overwhelming problem

19. Feeling that I don't have control over my life.

1 ☐ Not a problem 2 ☐ A slight problem 3 ☐ A problem 4 ☐ A major problem 5 ☐ An overwhelming problem

20. Feeling that my illness and care needs have reduced my privacy.

1 ☐ Not a problem 2 ☐ A slight problem 3 ☐ A problem 4 ☐ A major problem 5 ☐ An overwhelming problem

21. Not feeling supported by my community of friends and family.

1 ☐ Not a problem 2 ☐ A slight problem 3 ☐ A problem 4 ☐ A major problem 5 ☐ An overwhelming problem

22. Not feeling supported by my health care providers.

1 ☐ Not a problem 2 ☐ A slight problem 3 ☐ A problem 4 ☐ A major problem 5 ☐ An overwhelming problem

23. Feeling like I am no longer able to mentally 'fight' the challenges of my illness.

1 ☐ Not a problem 2 ☐ A slight problem 3 ☐ A problem 4 ☐ A major problem 5 ☐ An overwhelming problem

24. Not being able to accept the way things are.

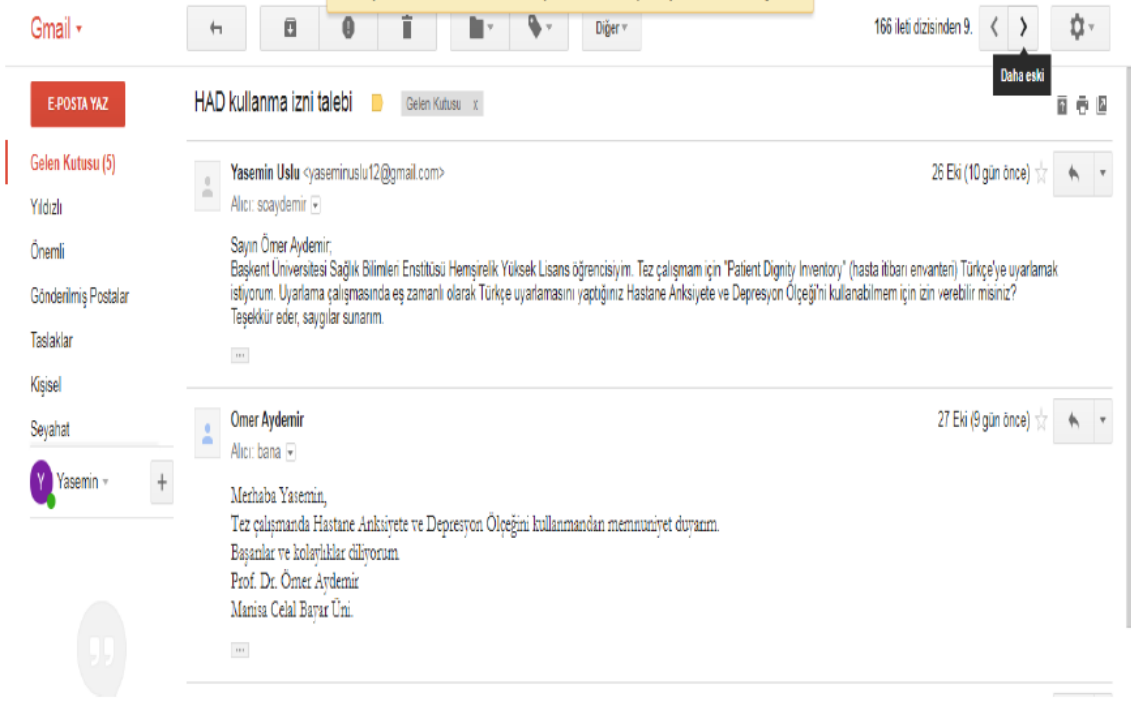
1 ☐ Not a problem 2 ☐ A slight problem 3 ☐ A problem 4 ☐ A major problem 5 ☐ An overwhelming problem

25. Not being treated with respect or understanding by others.

1 ☐ Not a problem 2 ☐ A slight problem 3 ☐ A problem 4 ☐ A major problem 5 ☐ An overwhelming problem



EK-11: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Kullanma İzni



EK-12: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

HAD ÖLÇEĞİ

Hasta Adı Soyadı

Tarih

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, bazen
- ☐ Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐ Aynı eskisi kadar
- ☐ Pek eskisi kadar değil
- ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
- ☐ Biraz, ama beni endişelendiriyor
- ☐ Hayır, hiç de öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Şimdi pek o kadar değil
- ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil
- ☐ Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil
- ☐ Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Sık değil
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Genellikle
- ☐ Sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çok sık
- ☐ Bazen
- ☐ Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- ☐ Pek o kadar özen göstermeyebilirim
- ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- ☐ Gerçekten de çok fazla
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Çok fazla değil
- ☐ Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- ☐ Sıklıkla
- ☐ Bazen
- ☐ Pek sık değil
- ☐ Çok seyrek



Ek-13 Çalışmanın Yapıldığı Kurumlardan Alınan Araştırma İzinleri



Sayı : 31220125-020/ 28648
Konu : Anket Uygulama İzni Hakkında

11/08/2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 12.01.2018 tarih ve 1475 sayılı yazınız,

İlgi yazıda adı geçen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Yasemin Eskigülek'in yürütmekte olduğu "**Palyatif Bakım Hastalarının ve Hemşirelerinin İtibarlı Bakıma İlişkin Görüşleri**" adlı tez çalışmasında kullanacağı anket çalışmasını hastanenizde tedavi gören ileri evre kanser hastalarına uygulanabilmesi talebiniz uygun görülmüştür.

Gereği için bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Adnan TORGAY
Başhekim

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

Fevzi Çakmak Cad.10.Sok. No:45 Bahçelievler/Ankara
Birim Telefon No: 0 312 203 68 68/1900 Faks No: 0 312 223 86 65
E-Posta: bashekimlik@baskent.edu.tr İnternet Adresi: ankara.baskenthastaneleri.com

Bilgi İçin: Hanife ALTUNTAŞ
Unvan: Yönetici Sekreteri
Telefon No: 3122036868/1900





T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 42000842-199-
Konu : Tez (Yasemin ESKİGÜLEK)

Sayın Yasemin ESKİGÜLEK
Jinekoloji Kliniği

İlgi : 13/02/2018 tarihli ve Bila-302.99- 26315 sayılı yazı.

İlgi dilekçenize istinaden, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi olarak, "Palyatif Bakım Hastalarımın ve Hemşirelerin İtibarlı Bakıma İlişkin Görüşleri " konulu tez çalışmanızı hastanemizde yapabilme talebiniz uygun bulunmuş olup, ilgili bölümlerden alınan cevabi yazı örnekleri ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ahmet DEMİRCAN
Başhekim



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 58875681-199-
Konu : Tez (Yasemin ESKİGÜLEK)

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 20/02/2018 tarihli ve 42000842-199- 30564 sayılı yazı.

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Yasemin ESKİGÜLEK' in " Palyatif Bakım Hastalarının ve Hemşirelerin İtibarlı Bakıma İlişkin görüşleri " konulu tez çalışmasını Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalımızda yapması uygun görülmüştür.

Gereği için bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Onur KARABACAK
Anabilim Dalı Başkanı



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanlığı**



Sayı : 57676391-199-
Konu : Tez (Yasemin ESKİGÜLEK)

**SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE**

İlgi : 20/02/2018 tarihli ve 42000842-199- 30564 sayılı yazı.

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Yasemin ESKİGÜLEK' in " Palyatif Bakım Hastalarının ve Hemşirelerin İtibarlı Bakıma İlişkin görüşleri " konulu tez çalışmasını Tıbbi Onkoloji bilim dalımızda yapması uygun bulunmuştur. Gereğini arz ederim.

**e-imzalıdır
Prof. Dr. Aytuğ ÜNER
Bilim Dalı Başkanı**



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı**



Sayı : 57676391-010.99-
Konu : Tez Yasemin ESKİGÜLEK

**SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE**

İlgi : 42000842-199-E.30564 sayılı 20.02.2018 tarihli yazınız.

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Yasemin ESKİGÜLEK' in " Palyatif Bakım Hastalarının ve Hemşirelerin İtibarlı Bakıma İlişkin görüşleri " konulu tez çalışmasını Anabilim Dalımızda yapma talebi ile ilgili Gastroenteroloji Bilim Dalının olumlu yazısı ektedir.
Gereği için bilgilerinize arz ederim.

**e-imzalıdır
Prof. Dr. S.Turgay ARINSOY
Anabilim Dalı Başkanı**

Ek:1 sayfa



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Gastroentroloji Bilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 57676391-045.03-
Konu : İdari 20.02.2017 E.30564 sayılı
yazınız Yasemin ESKİGÜLEK

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşirelik Yüksek lisans öğrencisi Yasemin ESKİGÜLEK'in servis sorumlu hemşiresi Selma AVCI ile temas kurarak belirlediğimiz şartlara uymak suretiyle Palyatif Bakım Hastalarının ve Hemşirelerin itibarlı bakıma ilişkin görüşleri konulu tez çalışması yapması uygun görülmüştür.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Gıyaseddin Şükrü DURLU
Bilim Dalı Başkanı



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı**



Sayı : 86062861-199-
Konu : Tez (Yasemin ESKİGÜLEK)

**SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE**

İlgi : 20/02/2018 tarihli ve 42000842-199- 30564 sayılı yazı.

İlgi yazıda, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Yasemin ESKİGÜLEK' in " Palyatif Bakım Hastalarının ve Hemşirelerin İtibarlı Bakıma İlişkin görüşleri " konulu tez çalışmasını anabilim dalımızda yapması uygun görülmüştür. Gereği bilgilerinize arz olunur.

**e-imzalıdır
Prof. Dr. A.Bülent AYTAÇ
Anabilim Dalı Başkanı**

Ek-14 Hasta İtibar Envanteri Türkçe Versiyonu

Hasta İtibar Envanteri					
<i>Her maddede yer alan ifadenin, son birkaç gün içerisinde sizin için ne kadar soruna ya da endişeye neden olduğunu belirtiniz.</i>					
1. Günlük yaşantıyla ilgili işlerimi yapamıyorum (örn; banyo yapmak, giyinmek).					
1 Sorun değil	2 Hafif bir sorun	3 Sorun	4 Büyük bir sorun	5 Baş edilmesi güç bir sorun	
☐	☐	☐	☐	☐	
2. Bedensel işlevlerimi bağımsızca yerine getiremiyorum (örn; tuvaletle ilgili konularda yardıma ihtiyaç duyuyorum).					
1 Sorun değil	2 Hafif bir sorun	3 Sorun	4 Büyük bir sorun	5 Baş edilmesi güç bir sorun	
☐	☐	☐	☐	☐	
3. Fiziksel sıkıntıya yol açan şikâyetler yaşıyorum (örn; ağrı, nefes darlığı, bulantı).					
1 Sorun değil	2 Hafif bir sorun	3 Sorun	4 Büyük bir sorun	5 Baş edilmesi güç bir sorun	
☐	☐	☐	☐	☐	
4. Başkaları tarafından nasıl görüldüğümün önemli derecede değiştiğini hissediyorum.					
1 Sorun değil	2 Hafif bir sorun	3 Sorun	4 Büyük bir sorun	5 Baş edilmesi güç bir sorun	
☐	☐	☐	☐	☐	
5. Bunalımda olduğumu hissediyorum.					
1 Sorun değil	2 Hafif bir sorun	3 Sorun	4 Büyük bir sorun	5 Baş edilmesi güç bir sorun	
☐	☐	☐	☐	☐	
6. Kaygılı olduğumu hissediyorum.					
1 Sorun değil	2 Hafif bir sorun	3 Sorun	4 Büyük bir sorun	5 Baş edilmesi güç bir sorun	
☐	☐	☐	☐	☐	
7. Hastalığım ve tedavisi hakkında belirsizlik hissediyorum.					
1 Sorun değil	2 Hafif bir sorun	3 Sorun	4 Büyük bir sorun	5 Baş edilmesi güç bir sorun	
☐	☐	☐	☐	☐	
8. Geleceğim hakkında endişeliyim.					
1 Sorun değil	2 Hafif bir sorun	3 Sorun	4 Büyük bir sorun	5 Baş edilmesi güç bir sorun	
☐	☐	☐	☐	☐	

9. Açık ve net bir şekilde düşünemiyorum.					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
10. Günlük alışkanlıklarımı/düzenimi sürdüremiyorum.					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
11. Artık eski ben değilmişim gibi hissediyorum.					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
12. Faydalı ya da değerli olduğumu hissetmiyorum.					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
13. Önemli rollerimi yerine getiremiyorum (örn; eş, ebeveyn).					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
14. Artık, yaşamın bir anlamı ve amacı kalmadığını hissediyorum.					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
15. Yaşamım boyunca anlamlı ve kalıcı bir katkıda bulunmadığımı hissediyorum.					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
16. “Yarım kalan işlerim” varmış gibi hissediyorum (örn; söyleyemediğim, tamamlayamadığım şeyler).					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
17. Manevi yaşantımın anlamlı olmamasından endişeliyim.					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
18. Diğerlerine yük olduğumu hissediyorum.					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	

19. Yaşamımın kontrolünü elimde tutamadığımı hissediyorum.					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
20. Hastalığımın ve bakım ihtiyaçlarımın, mahremiyetimi azalttığını düşünüyorum.					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
21. Aile ve arkadaş grubum tarafından desteklendiğimi hissetmiyorum.					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
22. Sağlık görevlileri/çalışanları tarafından desteklendiğimi hissetmiyorum.					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
23. Hastalığımın getirdiği zorluklarla artık zihinsel olarak savaşamayacağımı hissediyorum.					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
24. Olayları olduğu gibi kabul edemiyorum.					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
25. Diğer insanlar tarafından saygılı ve anlayışlı muamele görmüyorum.					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	

Alt Boyut Puanları ve Toplam Puan	
Semptom distressi: 5, 6, 7, 8, 9, 16, 19, 23 ve 24	
Varoluşsal distress: 4, 11, 12, 13, 14, 17 ve 18	
Özgüven: 15, 21 ve 25	
Bağımlılık: 1, 2, 3 ve 10	
Destek Bakım Gereksinimi: 20 ve 22	
Toplam	