

TC
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KANSER HASTALARINDA JAMES DESTEKLEYİCİ BAKIM
GEREKİNİMLERİNİ BELİRLEME ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK VE
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

PSİKIYATRI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

Yüksek Lisans Tezi

Hacer DEMİRKOL

DANIŞMAN

Prof. Dr. M. Olcay ÇAM

İZMİR

2016

TC
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KANSER HASTALARINDA JAMES DESTEKLEYİCİ BAKIM
GEREKSİNİMLERİNİ BELİRLEME ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK VE
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

PSİKIYATRI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

Yüksek Lisans Tezi

Hacer DEMİRKOL

DANIŞMAN

Prof. Dr. M. Olcay ÇAM

İZMİR

2016

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Başkan:
(Danışman)

Prof. Dr. M. Olcay ÇAM



Üye:

Doç. Dr. Şeyda DÜLGERLER



Üye:

Doç. Dr. Leyla BAYSAN ARABACI



Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih:30/06/2016.....

ÖNSÖZ

Yüksek lisans tezimin her aşamasında rehberliğini ve desteğini benden esirgemeyen danışmanım Sayın Prof. Dr. M. Olcay ÇAM'a,

Araştırmanın yürütülmesi sırasında önerilerini ve desteklerini gördüğüm Sayın Doç. Dr. Şeyda DÜLGERLER'e ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Satı BOZKURT'a

Araştırmanın yürütülmesine olanak sağlayan, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi yetkililerine ve çalışanlarına,

Araştırmaya katılmayı kabul eden, soruları içtenlikle yanıtlayan ve görüş bildiren tüm bireylere,

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmalarım sırasında bana cesaret veren bütün hocalarım ve arkadaşlarıma,

Her zaman yanımda olan canım aileme ve değerli arkadaşım Merve UĞURYOL'a teşekkür ederim.

İZMİR

Hacer DEMİRKOL

30/06/2016

ÖZET

KANSER HASTALARINDA JAMES DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREK SINİMLERİNİ BELİRLEME ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Araştırma, kanser tanısı almış bireylerin yaşadığı distresi ölçmek amacıyla Wells-Di Gregorio ve arkadaşları (2013) tarafından geliştirilen James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin (James Supportive Care Screening) Türk toplumuna uyarlanarak, geçerlik ve güvenirliğini yapmak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne bağlı Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi'nde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, Tülay Aktaş Onkoloji Hastane'sine, ayakta kemoterapi tedavisi almak için başvuran bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise, araştırmaya dahil olma kriterlerini taşıyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 280 kanser tanısı almış birey oluşturmuştur.

Veri toplama aracı olarak, Tanıtıcı Bilgi Formu, James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği (JDBGBÖ) ve ölçüt geçerliliği için EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

JDBGBÖ'nin geçerlik çalışmasında ilk olarak; dil geçerliği sağlamak için, ölçeğin Türkçe'ye çevirisi ve geri çevirisi yapılmıştır. Dil geçerliği sağlandıktan sonra, içerik geçerliği için ölçek, uzman görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşleri, Davis tekniği kullanılarak değerlendirilmiştir. Uzman görüşlerine göre, tüm maddelerin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) istenilen değer olan 0.80'in üzerinde bulunmuştur ($KGI > 0.80$).

Ölçeğin ön uygulamasından sonra, veriler yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Bireylerin verdiği cevaplar, araştırmacının kendisi tarafından ölçeğe işaretlenmiştir.

Ölçeğin kapsam geçerliği için, Temel Bileşenler Analizi ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yöntemi kullanılmıştır. Temel Bileşenler Analizine göre, ölçek orijinal yapısına uygun olarak altı faktör altında sıkıştırılmıştır. DFA uyum indeksleri değerleri kapsam geçerliği için

uygun değerler arasında bulunmuştur ($\chi^2/df=2.073$, $RMSEA=0.62$, $CFI=0.91$, $NFI=0.90$, $NNFI=0.91$, $SRMR=0.07$, $GFI=0.90$).

Ölçeğin ölçüt geçerliliği için, ölçeğin Duygusal Sorunlar alt boyutu ile eşdeğer ölçeğin Duygusal Fonksiyon skoru arasında negatif yönde, ölçeğin Bilişsel Sorunlar alt boyutu ile eş değer ölçeğin Kavrama Fonksiyon skoru arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin Fiziksel Belirtiler alt boyutu ile eş değer ölçeğin Semptom Ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgulara göre, James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği Türk toplumu için geçerli bir ölçme aracıdır.

JDBGBÖ'nin güvenilirlik çalışması için ilk olarak, madde-toplam puan korelasyonları incelenmiştir. Madde 28'in madde-toplam puan korelasyon değeri en az istenilen değer olan 0.20 altında ve korelasyon için hesaplanan p değeri istatistiki açıdan anlamsız bulunmuştur ($r=0.068$, $p=0.253$). Madde 28, ölçekten çıkarıldığında, ölçeğin Cronbach alfa'sında önemli derecede değişiklik oluşmadığı ve orjinal ölçeğin kuramsal yapısını bozmamak adına madde çıkarma işlemine gidilmemiştir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.918 olarak, alt boyut Cronbach alfa değerleri ise; 0.549 ile 0.875 arasında bulunmuştur. JDBGBÖ'nin zaman karşı değişmezliğini belirlemek için, ölçek birinci uygulamadan iki hafta sonra 30 kişiye tekrar uygulanmış ve iki ölçüm arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. İlk ve son ölçümler incelendiğinde; alt boyut toplam puan ve ölçek toplam puan korelasyonları arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.01$). Bu bulgulara göre, JDBGBÖ Türk toplumu için güvenilir bir ölçme aracıdır.

Sonuç olarak, "James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği" (JDBGBÖ) Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracıdır.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Distres, Geçerlik, Güvenirlik

ABSTRACT

VALIDITY and RELIABILITY STUDY of JAMES SUPPORTIVE CARE SCREENING for CANCER PATIENTS

The study was conducted in order to determine the validity and reliability of James Supportive Care Screening developed by Wells-Di Gregorio and his friends (2013) by applying it to Turkish society to measure the distress experienced by patients who were diagnosed as cancer.

The study was conducted in Tülay Aktaş Hospital of Oncology contained within Ege University, Faculty of Medicine. The population of the study was chemotherapy outpatients applied to Tülay Aktaş Hospital of Oncology. 280 patients with cancer diagnoses who volunteered to join and met the participation criteria of the study made up the research sample.

Descriptive Information Form, James Supportive Care Screening and EORTC QLQ-C30 Quality of Life Scale which was used for criterion validity, were used as data collecting tools.

First translation to Turkish and re-translation of the screening was done for language validity in the validity study of James Supportive Care Screening. After providing the language validity, the screening scale was submitted for expertise for content validity. Expertise was evaluated by Davis technique. According to experts Content Validity Index (CVI) of all items was above the required value 0.80 (CVI>0.80).

After the pre-application of the scale, data was collected via face to face interviews. The answers provided by the subjects were marked by the researcher on the scale.

Principal Component Analysis and Confirmatory Factor Analysis (CFA) were used for construct validity of the scale. Through the Principal Component Analysis, the scale was compress as six-factors, complying with the original scale. CFA fit indices values ($\chi^2/df=2.073$, RMSEA=0.62, CFI=0.91, NFI=0.90, NNFI=0.91, SRMR=0.07, GFI=0.90) were determined as sufficient for providing construct validity.

For criterion validity of the scale; it was found negative relation between Emotional Concerns sub-dimension of the scale and Emotional Function rating of equivalent scale, negative relation between Cognitive Concerns subscale of the scale and Comprehensive Function rating of the equivalent scale. In addition it was found a positive relation between

Physical Symptom subscale of the scale and Symptom Scale of the equivalent scale. Based on these findings; James Supportive Care Screening is a valid scaling tool for Turkish society.

For reliability studies of James Supportive Care Screening, first correlations between items and total scores were evaluated. Correlation point of item 28 ($r=0.068$) was found to be below the minimum required value of 0.20 and calculated p value for correlation of item 28 found statistically insignificant ($r=0.068$, $p=0.253$). Dismiss of the article was not preferred to avoid disruption of original theoretical structure of the scale and because there was no significant difference in Cronbach alpha of the scale in case of dismissal. Cronbach alpha value of the scale was found to be 0.918 while subscale Cronbach alpha values were between 0.549 and 0.875. In order to determine the stability of James Supportive Care Screening, scale was applied to 30 patients two weeks later than the first application and article total score correlations were compared. When the first and last results were examined, a significant relation was seen between subscale total scores and scale total scores ($p<0.01$). According to these findings, James Supportive Care Screening is a reliable measurement tool which fits Turkish society.

In conclusion; “James Supportive Care Screening” is a valid and reliable measurement tool for Turkish society.

Keywords: Cancer, Distress, Validity, Reliability

İçindekiler

	Sayfa No
ÖNSÖZ	
ÖZET	I
ABSTRACT	III
İÇİNDEKİLER	V
TABLolar DİZİNİ	XI
GRAFİKLER DİZİNİ	XIII
ŞEKİLLER DİZİNİ	XIV
KISALTMALAR	XV
BÖLÜM I	
GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu (Problem).....	1
1.2. Araştırmanın Önemi.....	2
1.3. Varsayımlar, Sınırlılıklar, Karşılaşılan Güçlükler.....	2
1.4. Tanımlar.....	3
1.5. Hipotezler.....	4
1.6. Araştırmanın Amacı.....	4
1.7. Genel Bilgiler.....	5
1.7.1. Kanserin Tanımı.....	5
1.7.2. Kanserin Evreleri.....	5
1.7.3. Kanserin Etiyolojisi.....	5
1.7.4. Kanserin Epidemiyolojisi.....	6
1.7.5. Kansere Tanısı Almış Bireylerin Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik..	6
1.7.5.1. Kansere Tanısı Almış Bireylerin Yaşadığı Distres ve Hemşirelik Uygulamaları.....	6

1.7.5.2. Kanser Tanısı Almış Bireylerin Yaşadıkları Fiziksel Semptomlar ve Hemşirelik.....	8
1.7.5.3. Kanser Tanısı Almış Bireylerin Yaşadıkları Cinsel Sorunlar ve Hemşirelik.....	10
1.7.5.4. Kanser Tanısı Almış Bireylerin Yaşadıkları İletişim Sorunları ve Hemşirelik.....	11
1.7.5.5. Kanser Tanısı Almış Bireylerin Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar ve Hemşirelik.....	12
1.7.5.6. Kanser Tanısı Almış Bireylerin Yaşadıkları Spiritüel Sorunlar ve Hemşirelik.....	14
1.7.6. Kanser Hastalığında Destekleyici Bakım.....	15
1.7.7. Kanser ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği.....	16
1.7.8. Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları.....	17
1.7.8.1. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması.....	17
1.7.8.2. Dil Uyarlaması.....	17
1.7.8.3. Geçerlik.....	18
1.7.8.3.1. İçerik (Kapsam) Geçerliği.....	18
1.7.8.3.2. Yapı Geçerliliği.....	19
1.7.8.3.3. Ölçüt/Bağıntılı Geçerlilik (Eş Zamanlı Benzer Ölçekler Geçerliliği).....	20
1.7.8.4. Güvenirlik.....	20
1.7.8.4.1. İç Tutarlılık.....	21
1.7.8.4.2. Zamana Karşı Değişmezlik(Test- Tekrar Test Güvenirliği).....	21
1.7.8.4.3. Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı.....	21

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
2.1. Araştırmanın Tipi.....	23
2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	23
2.3. Araştırmanın Evreni.....	23
2.4. Araştırmanın Örneklemi.....	23
2.5. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	24
2.6. Veri Toplamada Kullanılan Gereçler.....	24
2.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	24
2.6.2. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği (James Supportive Care Screening).....	24
2.6.3. EORTC QLQ C-30 (Versiyon 3. 0) Yaşam Kalitesi Ölçeği	27
2.7. Verilerin Değerlendirilmesi ve Bulguların Analizi.....	27
2.8. Süre ve Olanaklar.....	29
2.9. Etik Açıklamalar.....	31

BÖLÜM III

BULGULAR	32
3.1. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulgular.....	32
3.2. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Geçerlik Güvenirlik Çalışmalarına Ait Bulgular.....	35
3.2.1. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Geçerlik Çalışmalarına Ait Bulgular.....	35
3.2.1.1. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Dil Geçerliğinin Sağlamasına Yönelik Çalışmalar.....	35
3.2.1.2. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin İçerik/Kapsam Geçerliğinin Sağlamasına Yönelik Çalışmalar.....	35
3.2.1.3. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Yapı Geçerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar.....	39
3.2.1.3.1. Temel Bileşenler (Principal Component) Analiz Yöntemi	

Sonuçları.....	39
3.2.1.3.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	42
3.2.1.4. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Ölçüt/Bağıntılı (Eş Zamanlı Benzer Ölçekler Geçerliliği) Geçerlik Sonuçları.....	46
3.2.2. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeğinin Güvenirlik Çalışmalarına Ait Bulgular.....	47
3.2.2.1. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin İç Tutarlık Analizlerine Ait Bulgular.....	48
3.2.2.2. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Katsayıları.....	52
3.2.2.3. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Devamlılık/Süreklilik/Zaman Karşı Değişmezliğinin Belirlenmesi.....	53
3.3. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin İçerisinde Ek Bilgi Almak İçin Yer Alan (Ölçek Puanlamasına Dahil Edilmeyen) Sekiz Soru Hakkındaki Bulgular.....	54
BÖLÜM IV	
TARTIŞMA.....	58
4.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	58
4.2. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Sonuçlarının Değerlendirilmesi.....	63
4.2.1. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Geçerlik Sonuçlarının Değerlendirilmesi.....	64
4.2.1.1. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Dil Geçerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmaların İncelenmesi.....	64
4.2.1.2. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin İçerik/Kapsam Geçerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmaların İncelenmesi.....	65

4.2.1.3. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Yapı Geçerliliği Sonuçlarının İncelenmesi.....	67
4.2.1.4. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Ölçüt/Bağıntılı Geçerlilik Sonuçlarının İncelenmesi.....	72
4.2.2. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Güvenirlik Sonuçlarının İncelenmesi.....	74
4.2.2.1. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin İç Tutarlılık Analizlerinin İncelenmesi.....	75
4.2.2.2. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Cronbach Alfa Güvenirlik Analizi Sonuçlarının İncelenmesi.....	76
4.2.2.3. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Zamana Karşı Değişmezlik (Test- Tekrar Test Güvenirliği) Sonuçlarının İncelenmesi	77
4.3. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nde Bulunan ve Ölçek Puanlamasına Dahil Edilmeyen Diğer Soruların İncelenmesi.....	78
BÖLÜM V	
5.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	80
5.1. SONUÇ.....	80
5.2.ÖNERİLER.....	82
KAYNAKLAR.....	83
EKLER.....	100
Ek I: James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Kullanımı İçin Sharla Wells-Di Gregorio'dan Alınan İzin.....	100
Ek II: EORTC QLQ (Versiyon 3. 0) Yaşam Kalitesi Ölçeği İçin European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Kuruluşundan Alınan İzin	101
Ek III: EORTC QLQ (Versiyon 3. 0) Yaşam Kalitesi Ölçeği İçin Asuman Güzelant'dan Alınan İzin.....	102

Ek IV: Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurul İzin Belgesi.....	103
Ek V: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Etik Kurul İzin Belgesi.....	104
Ek VI: Tanıtıcı Bilgi Formu.....	105
Ek VII: James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği.....	106
Ek VIII: EORTC QLQ (Versiyon 3. 0) Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	108
ÖZGEÇMİŞ	110



TABLolar DİZİNİ

Tablo No

1. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Geçerlik Yöntemleri ve Kullanılan İstatistikler.....	28
2. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Güvenirlik Yöntemleri ve Kullanılan İstatistikler.....	28
3. Bireylerin Cinsiyete, Medeni Duruma, Eğitim Durumuna, Mesleğe ve Gelir Düzeyine Göre Dağılımları.....	32
4. Bireylerin Çocuk Sahibi Olma Durumuna, Beraber Yaşanılan Kişiye, Tedavi Sürecinde Destek Olan Kişinin Olması Durumuna ve Bakıma Primer Destek Sağlayan Kişiye Göre Dağılımları.....	33
5. Bireylerin Sahip Olduğu Kansere Türüne, Evresine, Kansere Dışında Fiziksel ve Ruhsal Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Dağılımları.....	34
6. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği Uzman Görüşleri ve Maddelerin Kapsam Geçerlik İndeks Puanları.....	36
7. Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling (KMO), Barlett's Test Sphericity ve Power Analizi Sonuçları.....	39
8. Maddelerin ve Faktörlerin Toplam Varyans Açıklama Oranları.....	40
9. Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular.....	43
10. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Duygusal Sorunlar Alt Boyutu ile EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Duygusal Fonksiyon Skoru Arasındaki Korelasyon Katsayısı.....	46
11. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Bilişsel Sorunlar Alt Boyutu ile EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kavrama Fonksiyonu Skoru Arasındaki Korelasyon Katsayısı.....	47
12. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Fiziksel Belirtiler Alt Boyutu ile EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Semptom Ölçeği Arasındaki Korelasyon Katsayısı.....	47

13. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği Madde Ortalama ve Standart Sapma Dağılımı.....	48
14. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Maddelerinin Analizi.....	49
15. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği Madde- Toplam Puan Korelasyonları.....	50
16. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Katsayıları.....	52
17. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Madde Sayısı, Ortalama, Varyans, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum Puan Değerleri.....	52
18. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin ve Alt Boyutlarının Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları.....	54
19. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği Toplam Puanının Cinsiyete Göre İncelenmesi.....	54
20. Bireylerin James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nde Bulunan Evet/Hayır Şeklinde Yanıtlanan Yedi Soruya Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	55
21. Bireyler İçin En Çok Duygusal Sıkıntı Oluşturan Durumların Dağılımı.....	57

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik No

1. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Faktör Yükleri.....	42
2. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin 48 Maddelik Türkçe Formuna İlişkin Tanımlanan Model.....	45



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

1.Zaman Çizelgesi.....

30



KISALTMALAR

NCCN: The National Comprehensive Cancer Network

IARC: The International Agency for Research on Cancer

KLP: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği

ANA: American Nursing Association

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

CVI: Content Validity İndeks

AFA: Açıklayıcı Faktör Analizi

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizinin

KİT: Kemik İliği Transplantasyon Ünitesi

EORTC QLQ: European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life

KGİ: Kapsam Geçerlik İndeksi

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

LISREL: Linear Structural Equations Model Language

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling

RMSEA: Kök Artık Kareler Ortalaması Uyum İndeksi (Root Mean Square Error of Approximation)

CFI: Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index)

NFI: Ölçekleştirilmiş Uyum İndeksi (Normed Fit Index, Normed Coefficient, Bentler-Boneet)

GFI: Uyum İyiliği İndeksi (Goodness-of-Fit Index)

SRMR: Standartlaştırılmış Kök Artık Kareler Ortalaması İndeksi (Standardized Root Mean Square Residual)

YEM: Yapısal Eşitlik Modellemesi

BÖLÜM I

1.GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu (Problem)

Kanser önemli yaşam değişikliklerini beraberinde getiren, mortalite oranı yüksek olan, önemli bir kronik hastalıktır. Kanserın görülme sıklığı ülkemizde ve dünyada her geçen gün artmaktadır. Bu sebeple kanserle mücadele için birçok tanı ve tedavi yöntemi geliştirilmiştir (1,2,3).

Son dönemde tanı ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi, kanser tanısı almış bireylerin yaşam süresinin uzamasını sağlamıştır. Ancak kanser tanısı bulunan bireyler uzayan yaşam süresine rağmen, tedavinin uzun ve pahalı olması, uzun süre hastanede kalma, hastalığın yayılabilir ve tekrarlayabilir olması, ilaç yan etkilerinin fazla olması, organ kaybının görülebilmesi gibi nedenlerle fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşam alanında birçok sorun ve bu sorunların neden olduğu distres ile karşı karşıya kalmaktadır (4,5,6,7).

Ulusal literatürdeki bazı çalışmalarda “distress” teriminin Türkçe karşılığı için “sıkıntı”, “duygusal sıkıntı” gibi ifadelerin kullanıldığı görülmektedir (8,9). Yapılan birçok çalışmada ise İngilizce “distress” teriminin Türkçeleştirilmediği ve “distres” olarak kullanıldığı görülmektedir. Kısacası ulusal literatürde “distres” terimi için ortak kullanılan Türkçe bir karşılık bulunmamaktadır (8,10). Kanser tanısı alan bireylerin yaşadığı sorunların belirlenmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve verilen sağlık hizmetinin etkililiğini artırmak için araştırmalar yapmak ve eğitimler vermek amacıyla, dünyadaki en iyi 26 kanser merkezinin bir araya gelerek oluşturduğu The National Comprehensive Cancer Network (NCCN) ise distresi: Bireyin psikolojik (bilişsel, davranışsal, duygusal), sosyal ve spiritüel yaşam alanında çok boyutlu olarak oluşan, hastalıkla baş etme gücüne zarar veren istenmeyen duygusal deneyimler olarak tanımlamaktadır. Ek olarak NCCN kanser tanısı alan bireylerin yaşadıkları distresin, kanserin neden olduğu semptom ve sorunlar nedeniyle oluştuğunu belirtilmektedir (11).

Kanser tanısı alan bireylerin yaşadığı distres, bireylerin sorunlarla baş etme kapasitesine olumsuz etki etmektedir. Kanser tanısı alan bireylerin yaşadıkları sorunlar ve bunlara bağlı oluşan distres yaşamın her alanında görülebildiği için bir bütün olarak ele alınması gerekmektedir. Çünkü her bir yaşam

alanı birbirini etkilemekte ve yaşanan sorunları daha karmaşık hale getirmektedir. Fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşam alanında yaşanan sorunların ve endişelerin bütüncül bakış açısıyla değerlendirilmesi ve belirlenmesi, hem sistematik çalışmayı sağlayacak hem de hastaların yaşadığı sorunların gözden kaçmasını engelleyecektir (12,13).

Ülkemizde, hasta yoğunluğu, personel azlığı, yaşanan distresi geniş kapsamlı olarak belirleyecek standart bir ölçüm aracının kullanılmaması gibi nedenlerle; kanser tanısı almış bireylerin yaşadıkları sorunlar ve endişeler sağlık profesyonelleri tarafından gözden kaçırılmaktadır (9).

Kanser tanısı alan bireylerin, tüm yaşam alanlarında yaşadıkları sorunları ve bu sorunların neden olduğu distresi kapsamlı bir şekilde değerlendiren bir ölçeğin, Türk kültürüne uyarlanarak kullanılmasının ve belirlenen sorunlara destekleyici bakım verilmesinin bireylerin; hastalığa uyumuna, yaşam kalitesinin artmasına ve iyileşme sürecine olumlu etkisi olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Önemi

Ululararası literatürde, kanser tanısı almış bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşam alanında yaşadıkları sorunları ve bu sorunların neden olduğu distresi bir arada ele alarak, destekleyici bakım gereksinimlerini belirlemeye çalışan çeşitli ölçek, soru formu ve anketler bulunmaktadır (6,7).

Ülkemizde de kanser tanısı almış bireylerin yaşadıkları sorunları ve distresi bütüncül bakış açısıyla belirlemek için geliştirilen, hastaların kendilerinin ya da başkalarının yardımıyla kısa sürede doldurabilecekleri James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin (James Supportive Care Screening) Türk kültürüne uyarlanarak hastane ortamında kullanılmasının; sorunların gözden kaçmamasına, erken evrede belirlenmesine ve belirlenen sorunlara multidisipliner bir yaklaşımda destekleyici müdahale edilmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir.

1.3. Varsayımlar, Sınırlılıklar, Karşılaşılan Güçlükler

Araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne bağlı Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi'nde ayakta kemoterapi tedavisi almak için başvuran kanser tanısı almış bireylerle yürütülmüştür. Araştırmaya, gönüllü olmayan, soruları anlayıp-cevap vermesini engelleyecek düzeyde kanser dışında fiziksel ve ruhsal hastalığı

bulunan ve 18 yaşından küçük olan bireyler dahil edilmemiştir. Kemoterapi tedavisinin oluşturduğu halsizlik, yorgunluk gibi semptomların, bireylerin ölçeğe verecekleri cevapları etkileyebileceği düşünüldüğü için, veri formları ve ölçek soruları gün içerisinde, kemoterapi tedavisinden önce uygulanmıştır. Uygun tüm şartlar gözetilmesine rağmen; erkekler, kadınlara göre araştırmaya daha az düzeyde katılım göstermiştir. Ek olarak, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne bağlı Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi'ne veri toplanma süreci içerisinde, hastaneye ayakta kemoterapi tedavisi almak için başvuran kadın sayısının, erkek sayısından daha fazla olduğu hastanenin bilgi işlem bölümünü aranılarak öğrenilmiştir.

1.4. Tanımlar

Kanser: Hücrelerin çoğalması ve yıkılması esnasında; çeşitli biyolojik sorunların oluşması nedeniyle, hücrelerin yapılarının bozulması ve kontrolsüz olarak çoğalması ile meydana gelen, mortalite oranı yüksek olan; bireyin, fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşam alanında birçok sorun ve bu sorunlara bağlı distres yaşamasına neden olan önemli bir kronik hastalıktır (1,2,4,7,14).

Distres: Bireyin psikolojik (bilişsel, davranışsal, duygusal), sosyal ve spiritüel yaşam alanında çok boyutlu olarak oluşan, hastalıkla baş etme gücüne zarar veren, istenmeyen duygusal deneyimlerdir (11).

Destekleyici Bakım: Hastaların tüm yaşam alanlarındaki gereksinimlerinin, hastalık yoktur hasta vardır anlayışı ile belirlenerek, etkili bir şekilde karşılanmasıdır (7,15,16).

Ölçek: Birey, olay ya da nesnelere önceden belirlenen özellikleri hakkında değerlendirmeler yapmak ve bu değerlendirmelerin matematiksel olarak ifade edilmesini sağlamak amacıyla kullanılan araçlardır (17,18).

Geçerlik: Geçerlik bir ölçeğin ölçmek istediği özelliği başka özelliklerle karıştırmadan, doğru ölçebilme derecesidir (18).

Güvenirlilik: Güvenirlilik bir ölçme aracı ile yapılan ölçümlerin aynı zaman, aynı koşullar ve aynı ölçme aracı ile tekrarlandığında; ölçümlerde tutarlılık ve kararlılık olmasıdır (18).

1.5. Hipotezler

H₁: “James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği” (James Supportive Care Screening) Türk toplumu için geçerli bir ölçme aracıdır.

H₂: “James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği” (James Supportive Care Screening) Türk toplumu için güvenilir bir ölçme aracıdır.

1.6. Araştırmanın Amacı

Kanser tanısı bulunan bireyler, uzun süren kanser tedavisi boyunca; korku, belirsizlik, manevi uygulamaları yerine getirememenin oluşturduğu endişe, tedavi hakkında bilgi eksikliği, maddi yetersizlik, unutkanlık, dikkat dağınıklığı, kusma, nefes darlığı gibi birçok sorun ve bu sorunların neden olduğu distresle karşı karşıya kalmaktadır (7,16).

Bu çok boyutlu sorunların beraber ele alınarak hastaların yaşadığı distresle ilgili destekleyici bakım verilmesinin; hastaların hastalığa uyumuna, tedavi sürecine ve yaşam kalitesine olumlu etkisi olacağı düşünülmektedir. Bu düşünceden yola çıkarak araştırmada, kanser hastalarının fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşam alanında yaşadıkları sorun ve endişeleri bir arada ele alarak, bireylerin yaşadığı distresi ölçen “James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği’nin” (James Supportive Care Screening) Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amaçlanmıştır.

1.7. GENEL BİLGİLER

1.7.1. Kanserin Tanımı

Organizmanın temel yapı taşı olan hücreler, belirli bir hız ve kontrol altında çoğalır. Yaşlanan hücreler de yine aynı hız ve kontrolde yıkıma uğrar. Ancak kanserde, hücreler çoğalırken ve yıkıma uğrarken çeşitli biyolojik sorunlar oluşmaktadır. Kanserde, hücre içinde yapısal farklılıklar oluşmakta, hücreler işlevini yapamaz hale gelmekte ve kontrolsüz bir şekilde çoğalmaya başlamaktadır. Kontrolsüz şekilde çoğalmaya başlayan hücreler, buldukları doku ve organları işgal etmekte, belirli bir zaman sonrada sınırlarını aşarak uzaktaki doku ve organlara yayılım göstermektedir. Kısaca kanser, kontrolsüz hücre çoğalmasıyla beraber lokalize olduğu ve sıçradığı organ ve dokuların fizyolojik işlevlerini bozarak görevini yapmasını engelleyen kronik bir hastalıktır (1,2,14).

1.7.2. Kanserin Evreleri

Kanser gelişimsel olarak dört temel evreye ayrılmaktadır. Evre 1= Kanseri hücrelerinin lokalize olduğu vücut bölgesinde sınırlı kaldığı evredir. Evre 2= Kanseri hücrelerinin boyutunun birinci evreye göre büyüdüğü, yakınındaki hücre ve lenf nodlarına yayılımın başladığı evredir. Evre 3= 3.evrede yayılım 2.evreden daha fazladır. Evre 4= Bu evrede kanser hücreleri lokalize olduğu bölge ve çevresini aşarak tüm vücuda ve lenf nodlarına yayılmaktadır (19).

1.7.3. Kanserin Etiyolojisi

Kanseri etiolojisi günümüzde tam olarak bilinmemektedir. Hücrelerin kontrolsüz çoğalmasının nedeni, hücre DNA'sındaki değişiklik ve replikasyon hatalarıdır. Kanseri %10-15 oranında genetik geçiş, %85-90 oranında kimyasal ilaç, radyasyon, biyolojik ajanlar ve yaşam tarzı etkileri gibi çeşitli nedenlerle, hücre DNA'sında değişiklik ve replikasyon hatalarının oluşması ve bunu takiben kontrolsüz hücre çoğalmasının meydana gelmesiyle oluşan kronik bir hastalıktır (1,20).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne bağlı The International Agency for Research on Cancer (IARC) kuruluşu monograflarında, hücre DNA'sında değişiklik ve replikasyon hatalarına en sık neden olan etmenler; kimyasallar, ilaçlar, radyasyon, biyolojik ajanlar ve yaşam tarzı etkileri olarak belirtilmektedir (21).

1.7.4. Kanserin Epidemiyolojisi

Kanser dünyada ve ülkemizde 0-1 yaş grubu hariç tutulduğunda kalp ve damar hastalıklarından sonra ölüm nedeni olarak ikinci sırada yere alan kronik bir hastalık türüdür (1).

En son 2010 yılında yapılan kanser istatistiklerine göre; Türkiye’de kanser sıklığı, dünyanın gelişmekte olan ülkeleriyle benzerlikler göstermektedir. 2010 yılı kanser istatistiklerine göre, ülkemizde her yıl yaklaşık 97 bin erkek ve 62 bin kadın kansere yakalanmaktadır. Erkeklerde en sık görülen kanserler; trakea, bronş ve prostat kanseridir. Kadınlarda en sık meme kanseri görülmektedir. Çocukluk çağı kanserlerinde ise, lösemi en sık görülen kanser türüdür. Gençlerde ise (15-24 yaş grubu) en sık görülen kanser türü; erkeklerde testis kanseri, kadınlarda ise tiroid ve hodgkin lenfomadır (22).

Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre ise, 2020 yılında kanser tanısı almış birey sayısı %50 artış gösterecek ve tüm dünyada 15 milyona çıkacaktır (23).

1.7.5. Kanser Tanısı Almış Bireylerin Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik

1.7.5.1. Kanser Tanısı Almış Bireylerin Yaşadığı Distres ve Hemşirelik Uygulamaları

Distres: Bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel alanda yaşadıkları sorunlar nedeniyle oluşan; aşırı hassasiyet, üzüntü, korku gibi belirtilerle kendini gösteren; depresyon, anksiyete, sosyal izolasyon, spiritüel kriz gibi önemli psikiyatrik hastalık ve sorunlara yol açan, istenmeyen duygusal deneyimlerdir (11).

Bireylerin, zorlu bir süreç olan kanser tedavisi boyunca distres yaşamayı kaçınılmazdır. Uluslararası literatürde yapılan bazı araştırmalar incelendiğinde; 148 kanser tanısı almış bireyle yapılan bir araştırmada hastaların %51’nin yüksek düzeyde distres yaşadığı bildirilmiştir (24). Liao ve arkadaşlarının (2015) 97 kanser tanısı almış bireyle yaptıkları araştırmada; tüm hastaların orta düzeyde distres yaşadığı ve tedavi süresi boyunca distres seviyesinin arttığı bildirilmiştir (25). Kanser tanısı bulunan 488 bireyle yapılan bir araştırmada ise; hastaların beşte birinin distres yaşadığı bildirilmiştir (26). Ayrıca yapılan bir araştırmada kadınların erkeklere kıyasla distres yaşama oranının daha yüksek olduğu ve aile problemlerinin varlığının yaşanan distresi arttırdığı bildirilmiştir (27). Yapılan diğer bir araştırmada ise; kadın

ve erkelerin aynı oranda distres yaşadığı ve bakım verenlerin, kanser tanısı almış bireylerden daha fazla distres yaşadığı bildirilmiştir (28). Yine 254 kanser tanısı almış bireyle yapılan benzer bir araştırmada; hastaların % 50.8'nin distres yaşadığı bildirilmiştir (29). Beyin tümörü bulunan 96 bireyle yapılan bir araştırmada ise; bireylerin %78.1'nin distres yaşadığı bildirilmiştir (30).

Yapılan araştırmalarda da görüldüğü gibi; kanser tanısı almış bireyler yüksek seviyede distres yaşamaktadır. Ayrıca, tüm kanser tanısı almış bireylerin yaklaşık yarısının, distres yaşadığını gösteren araştırmalar da bulunmaktadır. Çünkü distres çok boyutlu bir semptomdur. Bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel alanda kanser nedeniyle sorun yaşamaları, bireylerin yüksek düzeyde distres yaşamasına neden olmaktadır (31,32).

Kanser tanısı almış bireylerde yüksek oranlarda yaşanan distres; bireylerin yaşam kalitesine, iyileşme sürecine ve tedavi uyumuna olumsuz etki etmektedir (33, 34). Distresin çok boyutlu bir semptom olması nedeniyle, hangi alanda bozulma meydana geldiği ayrıntılı bir şekilde incelenerek belirlenmesi gerekmektedir (27,29,35). Literatürde bireyler tarafından yaşanan distresin belirlenmesinde, standart ölçüm araçlarının kullanılması önerilmektedir (11,36). Ancak ulusal literatürde Distres Skalası dışında kanser tanısı almış bireylerin yaşadığı distresi ölçen standart bir ölçüm aracına rastlanmamıştır. Distres Skalası ise, ağırlıklı olarak fiziksel semptomlar üzerinde durmakta ve toplamda 11 tane distres oluşturan etmeni ölçmektedir (10). Oysaki distres, çok boyutlu olarak tüm yaşam alanlarında oluşmaktadır (11). Bu sebeple, kanser tanısı almış bireylerin tüm yaşam alanlarında meydana gelen sorunları bir arada ele alarak, distres düzeyini değerlendiren standart bir ölçüm aracının sağlık profesyonelleri tarafından kullanılmasının daha yararlı olacağı düşünülmektedir.

Hasta ile en çok zaman geçiren sağlık profesyonellerinden olan hemşirelere, kanser tanısı almış bireylerin yaşadığı distresin standart ölçüm araçlarıyla belirlenmesinde ve müdahalesinde önemli görevler düşmektedir. Akyolcu (2001) tarafından hemşirelerin kanser tanısı almış bireylerin yaşadığı distres hakkındaki farkındalıklarını belirlemek amacıyla yapılan araştırmada; kanser tanısı almış bireylerin yaşadığı distresin hemşireler ve hastalar tarafından algılanma durumlarının birbirine yakın olduğu bildirilmiştir. Ayrıca aynı çalışmada hemşirelerin distres hakkında farkındalık kazanmalarında; hemşirelik sürecini uygulamaları, hizmet içi

uygulamalara katılmaları ve etkili iletişim tekniklerini kullanmalarının yararlı olduğu bildirilmiştir (10). Hemşirelerin, distres oluşmasına neden olan sorunları, standart ölçüm araçları kullanarak, aralıklarla belirlemesi (27), hem hasta hemşire iletişimin kolaylaşmasına hem de sorunların erken evrede belirlenerek hemşirelik sürecinin uygulanmasına imkan sağlayacaktır (33,35,36). Sorunların erken evrede belirlenmesi ise, tedavinin aksamasını engelleyecek, hastaların yaşam kalitesi ve iyileşme süreci üzerinde olumlu etkisi olacaktır (26).

1.7.5.2. Kanser Tanısı Almış Bireylerin Yaşadıkları Fiziksel Semptomlar ve Hemşirelik

Kanserin tedavisi için kullanılan yöntemlerin yan etkileri, bireyin bir çok fiziksel semptom yaşamasına neden olmaktadır (37). Kansere ve tedavisine bağlı yorgunluk, kilo kaybı gibi birçok semptom bireyin fiziksel ve psikososyal iyilik haline zarar vererek, yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve yaşamını sınırlandırmaktadır (38).

Kanser tanısı almış bireylerin, yaşadıkları fiziksel semptomları belirlemek için yapılan bazı araştırmalar incelendiğinde; kanser tanısı almış 142 bireyle yapılan bir araştırmada; hastaların %87.3 oranında yorgunluk, %76.1 oranında nefes darlığı, %67.6 oranında uykusuzluk, %62 oranında ağrı, %43.7 oranında bulantı, %64.8 oranında iştahsızlık, %43.7 oranında tırnak ve ciltte değişiklik, %19.7 oranında ağız yarası, %45.1 oranında ellerde uyuşma yaşadıkları bildirilmiştir (39). Kanser tanısı almış 100 yetişkin bireyle yapılan diğer bir araştırmada; en sık görülen fiziksel semptom yüzdeleri; %77 oranında yorgunluk, %69 oranında iştah kaybı, %65 oranında mide bulantısı, %62 oranında ağrı; en çok sıkıntı ve endişe veren fiziksel semptomlar ise; %24 ile mide bulantısı, %16 ile ağrı, %15 ile yorgunluk olduğu bildirilmiştir (40). Tsai ve arkadaşlarının (2010) 427 kanser tanısı almış bireyle yaptıkları araştırmada ise; bireylerin yaşadıkları fiziksel semptomlar; kompleks ağrı, oral alımda bozulma, solunum ve sindirimde şikayet, enerji kaybı ve işlev kaybı olarak 5 kategoride kümelendi. Bireylerin %94.15 oranında yorgunluk, %93.91 oranında güçsüzlük, %83.84 oranında ağrı, %87.12 oranında iştahsızlık, %64.17 oranında konstipasyon, %50.59 oranında yutma güçlüğü, %48.48 oranında ağız kuruluğu, %31.62 oranında tat almada değişim, %56.91 oranında abdominal dolgunluk, %50.59 oranında solunum sıkıntısı, %43.79 oranında bulantı-kusma,

%52.93 oranında uykusuzluk, %34.66 oranında baş dönmesi, %21.8 oranında sıkıntı/sıcak basması ve %18.5 oranında gece terlemesi yaşadıkları bildirilmiştir (41). Kanser tanısı almış 40 bireyle yapılan bir diğer araştırmada ise; bireylerin %72.5 oranında bulantı-kusma, %70 oranında iştahsızlık, %77.5 oranında ağrı, %12.5 oranında kilo kaybı, %47.5 oranında kas zayıflığı, %47.5 oranında yorgunluk yaşadıkları bildirilmiştir (42). Yine yapılan sistematik bir derlemede; hastaların ağrı, gastrointestinal sistem şikayetleri (GİS), tat değişiklikleri, bağırsak problemleri, uyku sorunları, gece terlemeleri ve diğer semptomlara bağlı olarak fiziksel fonksiyonlarda bozulma yaşadıkları bildirilmiştir. Ek olarak uyku sorunlarının anksiyete, korku ve gelecek belirsizliği nedeniyle oluşabileceği vurgulanmıştır. Bu semptomların, bireyin iş yaşamından sosyal yaşamına kadar geniş bir yelpazede olumsuz etki yapabileceğine değinilmiştir (43). Yine çeşitli kanser türüne sahip, çeşitli kanser evrelerinde olan bireylerle yapılan araştırmalarda; bireylerin yorgunluk, ağrı, nefes darlığı, uyku örüntüsünde bozulma, bulantı-kusma, iştah kaybı gibi birçok istenmeyen fiziksel semptomla karşı karşıya kaldıkları bildirilmiştir (44,45,46,47). Hastaların yaşadıkları bu semptomlar sadece bireyi değil, onlara bakım veren kişilerinde bakım yüklerini ve psikiyatrik semptom görülme oranını arttırmakta ve yaşam kalitelerine olumsuz etki etmektedir (48, 49,50).

Yapılan araştırmalarda da görüldüğü gibi, kanser tanısı almış bireyler, kanser ve tedavisi nedeniyle bir çok istenmeyen fiziksel semptom yaşamaktadır. Hastaların ve bakım verenlerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bu semptomların erken evrede belirlenmesinin ve bireylerde daha fazla endişe uyandırmadan uygun hemşirelik girişimlerinin uygulanmasının, bireyin ve bakım verenlerin hastalığa uyumuna, psikiyatrik hastalık görülme oranının azalmasına ve yaşam kalitesine olumlu etkisi olacaktır (37,51).

Kanser tanısı almış bireylerin yaşam kalitesinin artırılabilmesi için; fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşam alanında oluşan sorunların sağlık profesyonelleri tarafından beraber ele alınması gerekmektedir. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinin alt uzmanlık alanlarından olan Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği (KLP), oluşan fiziksel semptomların, bireyin tüm yaşam alanlarına etkisi ile yakından ilgilenmektedir. KLP hemşiresi tarafından, kanser tanısı almış bireylere psikososyal uyum için danışmanlık verilmesi ve hemşirelik bakımının gerçekleştirilmesi, bireylerin tedavi süreci için oldukça önemlidir. Ayrıca KLP

hemşiresine, bireyin psikosoyal uyumunun sağlanması ve kaliteli hemşirelik bakımının verilmesi görevlerinin yanı sıra, hasta yakınlarının hastalık ve hasta bakımı hakkında eğitilmesi konusunda da büyük görevler düşmektedir. Son yıllarda KLP hemşiresinin onkoloji gibi kliniklerde görev yapmasının önemi anlaşılmalı ve kliniklerdeki sayıları arttırılmaya başlanmıştır (52).

1.7.5.3. Kanser Tanısı Almış Bireylerin Yaşadıkları Cinsel Sorunlar ve Hemşirelik

Cinsellik biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, ahlaki ve daha birçok farklı bileşenin bir araya gelmesi ile oluşan, insan sağlığı için gerekli olan bir ihtiyaçtır (53). Sağlıklı bir cinselliğin yaşanabilmesi için biyolojik, psikolojik ve sosyal alanda bir denge olması gerekmektedir (54).

Ancak kanser biyolojik, psikolojik ve sosyal yaşamdaki dengeyi bozduğu için, bireylerin cinsellikle ilgili sorun yaşamasına neden olmaktadır. Kanser tanısı almış bireylerin; cinsel alanda sorun yaşamasına neden olan bazı biyolojik, psikolojik ve sosyal nedenler; bulantı-kusma, kolostomi, menopozla ilgili sorunlar, cinsel isteksizlik, yorgunluk, düşük libido, kuvvetsizlik, tümör, vajinal kuruluk, erektil disfonksiyon, ağrılı cinsel ilişki, vajinal darlık, partnerin reddetmesi, performans korkusu, bulaşma korkusu, beden imajında bozulma, kendine güvende azalma, cinsel doyumun azalması, ikili ilişkilerin bozulması, korku, suçluluk, duygusal değişimler ve endişelerdir (55, 56, 57,58,59,60).

Kanserin neden olduğu sorunların, bireylerin cinsel yaşamını nasıl etkilediğini incelemek için tümü Müslüman olan kanser tanısı almış 97 bireyle yapılan bir araştırmada; bireylerin %67'sinin kanser nedeniyle cinsel hayatının değiştiği, %76'sının eşiyile bu konuları konuşabildiği, %16.49'nun cinsel yaşamdaki değişiklik nedeniyle evlilik hayatında sorun yaşadığı, %76'sının yeterli fırsat ve sistem olmaması nedeniyle sağlık profesyonelleri ile cinsellik hakkında konuşmadıkları bildirilmiştir. Yine aynı araştırmada, araştırmaya katılan tüm hemşirelerin; kanser nedeniyle hastaların cinsel yaşamlarının etkileneceğini düşündükleri bildirilmiştir. Ek olarak yapılan bu araştırma; bireylerin cinselliği konuşmaktan utandıkları ve ikinci planda gördükleri bildirilmiştir (59). Yapılan bir derlemede ise; kanser ve tedavisinin fiziksel ve psikolojik etkileri ile beraber, kadınların cinsel yaşamlarının, kadınlık hislerinin ve partneriyle ilişkilerinin değiştiği

belirtilmiştir (61). Prostat kanseri tanısı almış 76 bireyle yapılan diğer bir çalışmada ise; bireylerin %13'nün erektil fonksiyonlarını geri kazandıkları ve %34'nün partneri yardımıyla, tedavi sonrası aktif cinsel yaşam sürebildiği bildirilmiştir (62).

Kanser tanısı almış bireylerin, cinsellikle ilgili sorunlarının ele alınmasında ve bireylerin desteklenmesinde hemşirelere önemli görevler düşmektedir. American Nursing Association (ANA) cinselliğin, hemşirelik bakımının önemli bir parçası olduğu üzerinde durmaktadır. Hemşirelik biliminin etkin bir şekilde gerçekleştirilmesi için, North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) tarafından tanımlanan "Cinsellik Örüntülerinde Etkisizlik" hemşirelik tanısı hemşirelik sürecinde mutlaka yer almalıdır (63). Kısaca, hasta ile en uzun süre vakit geçiren sağlık profesyonellerinden olan hemşireler, hastalara güven duygusu sağlayarak, etkili iletişim kurarak ve cinsel danışmanlık yaparak; sorunların konuşulmasında ve yönetilmesinde aktif bir şekilde rol alabilirler (57,64,65,66).

1.7.5.4. Kanser Tanısı Almış Bireylerin Yaşadıkları İletişim Sorunları ve Hemşirelik

Kanser gibi önemli yaşam değişikliklerine ve krize yol açan hastalıklarda iletişim önemli bir yer tutmaktadır. Onkoloji içerisinde iletişim, hem hasta hem de sağlık profesyonelleri için zorlu ve stres vericidir (4,67).

Birey kanseri deneyimlediğinde; bir belirsizliğin içerisinde kendini bulur. Bireyler oluşan fiziksel semptomlarla birlikte, ruhsal ve sosyal alanda birçok değişikliklerle karşı karşıya kalmakta ve bu değişikliklerle beraber yoğun bir distres yaşamaktadır (7,68). Yaşadıkları bu yoğun distresle beraber hastaların iletişimle ilgili gereksinimleri artış göstermektedir. Kanser tanısı almış bireylerle yapılan bir araştırmada; bireylerin iletişimle ilgili karşılanmamış gereksinimlerinin oranının %26-41 arasında değiştiği bildirilmiştir (69). Rainbird ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları benzer bir araştırmada da; kanser tanısı almış bireylerin, tıbbi bilgi ve iletişim açısından yüksek oranda karşılanmamış gereksinimleri olduğu bildirilmiştir (6). Karşılanmamış gereksinimlerden olan yetersiz iletişim, hasta ve ailelerinin yaşadıkları endişeyi arttırmakta ve hastalıkla baş etme kapasitesini düşürmektedir. Aynı zamanda etkisiz iletişim, bakım ve tedavinin kalitesini düşürmekle beraber, sağlık profesyonellerinin de işteki duygusal doyumunu azaltmakta ve yaşadıkları stresin artmasına neden olmaktadır (68).

Tedavinin etkili yönetilebilmesi, kaliteli bakım verilmesi, bireylerin yaşadıkları endişelerin anlaşılabilmesi ve sağlık profesyonellerinin de iş doyumunun artması için, bireyler arasında açık ve etkili iletişim olması gerekmektedir. Açık ve etkili iletişim fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamda bireylerin yaşadıkları sorunların belirlenmesini ve sorunların desteklenmesini kolaylaştırır. Bu nedenle sağlık sonuçlarına olumlu etkisi olduğu kanıtlanan açık ve etkili iletişim konusunda, hemşirelerin eğitilmesi ve bu alanla ilgili cesaretlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (70,71,72,73,74).

1.7.5.5. Kanser Tanısı Almış Bireylerin Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar ve Hemşirelik

Kanser bireyin sadece fiziksel alanda yaşam kalitesinin bozulmasına yol açmamaktadır. Fiziksel sorunlarla beraber bireyler psikososyal alanda birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Kanser tanısı almış bireylerin yaşadığı psikososyal sorunlar, çok geniş kapsamlı olup dikkatli incelenmesi gerekmektedir. Kanser tanısı almış bireylerin yaşadıkları psikososyal sorunlar; artan fiziksel sorunlarla beraber başkalarına bağımlı olma, eğlence aktivitelerinden mahrum kalma, iş ve okulda çalışırken zorlanma ya da bırakmak zorunda kalma, anne, baba, eş, çocuk gibi rolleri yerine getirememeye, hastalığın getirdiği yüklerle beraber diğer insanlarla iletişim ve etkileşimde bozulma, yalnız kalma, anksiyete, stres, korku, belirsizlik, dikkat dağınıklığı, unutkanlık, beden imajında bozulma, utanç, suçluluk, inanç değerlerinde bozulma, maddi problemler, destek yoksunluğu, hayatı anlamlandırmada zorlanma gibi çok geniş kapsamlıdır (75).

Kanser tanısı almış bireylerin yaşadıkları psikososyal sorunları ve desteklenme düzeyini belirlemek için yapılmış olan bazı araştırmalar incelendiğinde; kanser tanısı almış 128 bireyle yapılan bir araştırmada; bireylerin %26'sının metastaz korkusu, %18'inin gelecek ile ilgili belirsizlik, %18'inin kişiler arası ilişkilerde problem, %15'inin fiziksel acı çekme ve % 11'inin kendi bedeni üzerinde kontrol kaybı korkusu yaşadığı bildirilmiştir (76). Meme kanseri tanısı almış bireylerle yapılan bir araştırmada ise; bireylerin %78.8'nin kanserin yayılmasıyla ilgili, %71.8'sinin tedavinin sonuçlarını kontrol edememeye karşı ve %68.2'sinin yakınlarının üzülmeye karşı endişe duyduğu bildirilmiştir (77). Yine meme kanseri tanısı almış 172 bireyle yapılan başka bir araştırmada; bireylerin %24-40 arasında

karşılanmayan psikolojik gereksinimlerinin olduğu bildirilmiştir (69). Yapılan benzer bir araştırmada da; düşük gelire sahip kanser tanısı almış bireylerin karşılanmayan psikososyal ihtiyaçlarının oranının yüksek olduğu bildirilmiştir (78). Meme kanseri tanısı almış 408 bireyle yapılan başka bir araştırmada ise; bireylerin %60'nın kanserin yayılması, % 51'nin anksiyete, %49'nun tedavinin sonuçlarını kontrol altına almama korkusu, %48'nin yakınlarının endişelenmesinden duyduğu üzüntü, %45'nin duygusal çökme, depresyon korkusu ve %40'nın ölümle alakalı hisleri hakkında karşılanmayan isteklerinin bulunduğu bildirilmiştir (79). Çeşitli kanser tanısına sahip 195 bireyle yapılan başka bir araştırmada ise; bireylerin %15.3'ünün anksiyete, %18.8'nin kanserin yayılma korkusu, %19.4'ünün tedavinin sonuçlarını kontrol altına alamamakla ilgili endişe, %21.4'ünün gelecekle ilgili kaygı ve %27.4'ünün yakınlarının endişesi hakkında üzüntü yaşadığı bildirilmiştir (80). Kanser tanısı almış 72 kadın ile psikososyal ihtiyaçlarını belirlemek için yapılan başka bir araştırmada ise; bireylerin %32'sinin kanserin yayılma korkusu, %25'nin gelecekle ilgili belirsizlik, %21.4'nün keder, %18.1'nin anksiyete, %18.3'nün depresif duygudurum, %24.2'sinin tedavinin sonuçlarını kontrol edememeye karşı korku yaşadığı; hasta yakınlarının ise %29 oranında tedavi seçimi ile ilgili endişe ve %32.8 oranında distres yaşadığı bildirilmiştir. Ek olarak bu araştırmada, hasta yakınlarının distres düzeylerinin hastalardan fazla olduğu bildirilmiştir (81). Kanser tanısı almış 333 bireyle yapılan başka bir araştırmada; hastaların yaşadığı anksiyete, endişe, gerginlik, üzgün ve kederli olma durumları yüksek bulunmuş, ayrıca bireylerin %32.8'nin aile ve arkadaş ilişkilerinde sorun ve %14.5'nin ekonomik ya da işle ilgili sorun yaşadıkları bildirilmiştir (82). Ayrıca, başkalarına bağımlılığın artmasına neden olan unutkanlık, konsantrasyon güçlüğü gibi bilişsel alanda yaşanan sorunlar, kanser tanısı almış bireylerde değişik oranlarda görülmektedir (83, 84).

Kanser tanısı almış bireylerde görülen bu psikososyal sorunların, psikiyatrik hastalık oluşturması ve hastalık seyrini olumsuz etkilemesi kaçınılmazdır (85,86,87,88,89,90,91,92,93,94). Bu sebeple, psikososyal sorunların bireylerin hayatını olumsuz etkilemeden, erken evrede sağlık profesyonelleri tarafından fark edilmesi büyük önem taşımaktadır. Hekim ve hemşirelerin hasta ziyaretleri sırasında, bireylerin yaşadıkları psikososyal sorunlar ile ilgili farkındalığı belirlemek amacıyla 16 araştırmayla yapılan bir derlemede; hekimlerin %45'nin hastalarının psikososyal

ihtiyaçlarının farkında olmadığı, hemşirelerin ise yaklaşık %60'nın depresif belirtiler gibi bulguları tanıyabildikleri bildirilmiştir (12).

Kanser tanısı almış bireylerin psikososyal ihtiyaçlarının belirlenmesinde ve karşılanmasında hastayla en çok zaman geçiren, holistik bakım ve tedavinin eğitimini yıllarca alan hemşirelere büyük görevler düşmektedir (13,95,96,97,98,99). Ayrıca yapılan araştırmalarla; hemşirelerinde aralarında bulunduğu, bireylere psikososyal destek sağlayan ekip girişimlerinin hastaların fiziksel, ruhsal ve sosyal uyumuna olumlu etkisinin olduğu kanıtlanmıştır (13,81,100,101).

1.7.5.6. Kanser Tanısı Almış Bireylerin Yaşadıkları Spiritüel Sorunlar ve Hemşirelik

Birey bazen, kanser gibi kronik hastalıkların meydana getirdiği sorunlarla baş etmekte yetersiz kalmakta ve desteğe ihtiyaç duymaktadır. Ayrıca birey, eğer gücün ve umudun kişisel bir kaynağı olan inanç ve değerlerinde bozulma yaşarsa, hastalıkla baş etmede daha da fazla zorlanacaktır. Bu noktada birey, eğer kendisini aşarak insanlarla ve kendisi dışındaki diğer güçlerle bağlantı kurabilirse kendi baş etme gücünü artıracaktır (96).

Baş edilmesi zor bir hastalık olan kanserde, umudun önemi büyüktür. Umudunu yitirmiş bir birey hastalıkla mücadele etmekte zorlandığı kadar kendisine bakım veren bireylerinde yüklerinin artmasına neden olur. Umudun ve hayata tutunmanın önemli kaynaklarından biri olan spiritüalitenin sağlık alanında önemi anlaşılmaya başlanmıştır ve bu alanla ilgili yapılan çalışmaların sayısı her geçen gün artmaktadır. Yapılan bazı araştırmalarda; spiritüalitenin yaşam doyumu, umut, iyilik hali üzerine olumlu etkisinin olduğu, kişi ve ailenin hastalıkla baş etmesine katkı sağladığı bildirilmiştir (102, 103, 104,105).

Yapılan bazı araştırma ve derlemelerde de önerildiği gibi; spiritüalite kanser gibi kronik hastalıklarda oluşan distres gibi olumsuzluklar için önemli bir destek kaynağıdır. Bireyin biyopsikososyal bir varlık olduğu düşünüldüğünde, spiritüel bakımın sağlanması, hem bireyin hem de ailelerin umudunun artmasında, hayatın anlamlandırılmasında, var oluş kaygısıyla baş edilmesinde, distresin azalmasında ve yaşanan semptomlarla başa çıkılmasında bireye ve ailesine yardımcı olacaktır (105,106,107,108,109). Ek olarak, hemşirelik biliminin etkin bir şekilde gerçekleştirilmesi için North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)

tarafından tanımlanan; “Spiritüel Distres” hemşirelik tanısı, hemşirelerin hemşirelik süreci ve bakımında bireylerin yaşadıkları spiritüel sorunlara yer vermeleri gerektiğinin önemli bir kanıtıdır (63).

1.7.6. Kanser Hastalığında Destekleyici Bakım

Destekleyici bakım, kanser tedavisinde önemi giderek anlaşılan önemli bir kavramdır. Destekleyici bakım: Aile ve bireyi merkeze alarak distres oluşturan tüm etmenlerin, bireylerin değer, inanç ve kültürel özelliklerine göre etkili bir şekilde yönetilmesini sağlayan özel bir bakım modelidir (11). Destekleyici bakım için ilk akla gelen son dönem (terminal dönem) kanser tanısı almış bireyler olmasına rağmen, destekleyici bakım kanserin her aşamasında uygulanabilir. Çünkü kanser, tanının koyulmasından itibaren bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşam alanında birçok soruna neden olmaktadır. Bir bütün olarak tüm yaşam alanları birbirini etkilemekte ve yaşanan sorunlar sebebiyle oluşan distres, yaşam kalitesine doğrudan olumsuz etki etmektedir (110).

Kanser tanısı almış bireylerin algıladıkları gereksinimler ile verilen hizmet arasında boşluk olduğunda karşılanmamış gereksinimler ortaya çıkar (111). Uluslararası literatürde, kanser tanısı almış bireylerin destekleyici bakım gereksinimlerini belirlemek için standart ölçüm araçları kullanılmaktadır (5,6,7). Ulusal literatürde ise, kanser tanısı almış bireylerin tüm destekleyici bakım gereksinimlerini bir arada ele alarak değerlendiren standart bir ölçüm aracına rastlanmamıştır.

Kanser tanısı almış bireylerin, karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimlerini belirlemek için yapılan bazı araştırmalar incelendiğinde; Harrison ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan derlemede; bireylerin günlük yaşam faaliyetleri ile ilgili karşılanmamış gereksinimlerinin %1-73 arasında, karşılanmamış psikolojik gereksinimlerinin %12-85 arasında, karşılanmamış bilgi gereksinimlerinin %6-93 arasında, karşılanmamış psikososyal gereksinimlerinin %1-89 arasında, karşılanmamış fiziksel gereksinimlerinin %7-89 arasında, karşılanmamış spiritüel gereksinimlerinin %14-51 arasında, karşılanmamış iletişim gereksinimlerinin %2-57 arasında ve karşılanmamış cinsellik ile ilgili gereksinimlerinin %33-63 arasında değiştiği bildirilmiştir (111). Yine yapılan bir araştırmada; kanser tanısı almış bireylerin karşılanmamış bakım gereksinimlerinin orta ve yüksek seviyede olduğu

bildirilmiştir (112). Bir diğer araştırmada, kanser tanısı almış bireylerin %39-40 oranında değişen, psikolojik veya duygusal alanda karşılanmamış gereksinimlerinin olduğu bildirilmiştir. Yine aynı araştırmada, iletişim ile ilgili karşılanmamış bakım gereksinimlerinin oranın yüksek olduğu bildirilmiştir (6). İncelen araştırmalarda da görüldüğü gibi; kanser tanısı almış bireylerin karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimlerinin oranı yüksektir.

Destekleyici bakım gereksinimlerinin karşılanmaması, kanser tanısı bulunan bireylerin distres yaşamasını arttırmakta ve yaşam kalitesine olumsuz etki etmektedir. Destekleyici bakım gereksinimlerinde temel amaç, hayat kalitesinin artırılmasıdır. Kanser tanısı almış bireylerin hastalık nedeniyle yaşadıkları sorunların erken evrede belirlenerek girişimde bulunulması, sağlık profesyonellerinin görevlerinden biridir. Destekleyici bakım hekim, hemşire, psikolog, sosyal hizmet çalışanı gibi birçok sağlık profesyoneli tarafından uygulanabilmektedir (110). Destekleyici bakım, multidisipliner bir çalışma gerektirmektedir. Hemşirelerin, destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde ve karşılanmasında merkezi bir role sahip olduğu düşünölmektedir. Destekleyici bakım gereksinimlerini ölçen standart ölçüm araçlarının kullanılarak; hemşirelik sürecinin erken evrede uygulanmasının, hastaların yaşam kalitesine, hastalığa uyumuna ve iyileşmesine olumlu etkisi olacağı düşünölmektedir.

1.7.7. Kanser ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Yaşamın her evresinde birey, yeni deneyim ve sorunlarla karşılaşmaktadır (96). Kanser de bireyin hayatında önemli değişim ve sorunlara neden olan; kimlik ve var oluř krizine yol ačan önemli bir kronik hastalıktır. Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi kanserde de bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal yaşamı olumsuz etkilenmekte, ek olarak hastalığın seyri, ölümü çağrıştırması ve nüksler yaşanan bu olumsuzların artmasına ve bireylerin yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Ayrıca kanser, birçok psikiyatrik hastalığı da beraberinde getirmektedir. Bu sebeple, çok yönlü sorunlara yol ačan kanserin bütöncöl bir bakış açısıyla ele alınması gerekmektedir (113).

Temel felsefelerinden biri, hastaya bütöncöl bakış açısıyla yaklaşmak olan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları hemşiresine, kanserin bakım ve tedavisinde önemli görevler düşmektedir. Bu görevi yerine getirebilmek için; Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

hemşireliğinin alt uzmanlık dallarından olan Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP) hemşireliği; biyopsikososyal yaklaşımla, fiziksel bakım ve tedavi ile psikososyal bakımı bütünleştirmeyi amaçlamaktadır. Bu amaca uygun olarak KLP hemşiresinin klinik rolünü, eğitimci rolünü ve idari rolünü aktif şekilde kullanması, kanser tanısı almış bireylerin tüm yaşam alanlarında oluşan sorun ve endişelerin belirlenmesinde ve yönetilmesinde oldukça önemlidir (52,113,114,115).

Ancak, klinik ortamdaki hasta sayısının fazla olması, hemşire sayısının eksikliği gibi nedenlerle, bireylerin yaşadıkları biyolojik, psikolojik, sosyal sorunlar ve sorunların neden olduğu distres gözden kaçabilmektedir (9). Bu sebeple bu araştırmada, kanser tanısı almış bireylerin yaşadıkları distresin belirlenmesinde KLP hemşiresi ve diğer hemşirelere yardımcı olabilecek bir ölçeğin literatürümüze kazandırılması amaçlanmıştır.

1.7.8. GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMALARI

1.7.8.1. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması

Ölçekler, geliştirildikleri ülkelerin dil ve kültür özelliklerini gösterir. Bir ölçeğin, geliştirildiği ülke dışındaki farklı kültüre ve dile sahip bir ülkede kullanılabilmesi ve o ülke içinde standart bir ölçüm aracı haline gelebilmesi için; çeşitli psikolinguistik (dil uyarlaması) ve psikometrik (geçerlik-güvenirlilik) işlemleri içeren kültürlerarası ölçek uyarlamasının yapılması gerekmektedir (116,117). Daha önceden geliştirilen ve geçerlik güvenirliği yapılarak literatüre kazandırılan bir ölçeğin, kültürlerarası uyarlamasının yapılması için harcanan süre, yeni bir ölçek geliştirilmesi için harcanan süreden daha kısadır. Ek olarak elde edilen veriler orijinal ölçek sonuçları ile kıyaslanabilir. Verilerin kültürlerarası kıyaslanması literatüre yeni veri kazandırılması açısından da yararlıdır. Bu sebeplerden dolayı, ülkemizde hemşirelik alanında yapılan araştırmalarda, kültürlerarası ölçek uyarlamasının yapılması giderek yaygınlaşmaktadır (18, 117,118).

1.7.8.2. Dil Uyarlaması

Belirli bir dil ve kitle için oluşturulmuş bir ölçeğin dil geçerliliğinin yapılması basit bir çeviri işlemi değil, bir kültür ve dile uyarlamadır. Ölçek uyarlamasının birinci basamağı olan dil geçerliliği oldukça önemlidir. Çünkü dil uyarlamasının yanlış yapılması, ölçeğin geçerlik güvenirliğini de olumsuz etkileyecektir. Bu nedenle, dil

geçerliliğinin dil yeterliliği olan, farklı bakış açılarına sahip bir ekip tarafından, özen ve dikkatlice yapılması önerilmektedir (119).

1.7.8.3. Geçerlik

Geçerlik kısaca bir ölçeğin, ölçmek istediği özelliği başka özelliklerle karıştırmadan, doğru ölçebilme derecesidir. Bir ölçeğin kullanıma geçmeden önce geçerliliğinin incelenmesi ve ölçülmesi gereklidir. Bir ölçeğin geçerliliği birden fazla geçerlilik yöntemiyle kanıtlanması gerekmektedir (18,116).

1.7.8.3.1. İçerik (Kapsam) Geçerliliği

Farklı bir kültüre uyarlanan ölçeğin, özenle dil uyarlaması yapıldıktan sonra içerik/kapsam geçerliliğinin yapılması gerekmektedir. İçerik (Kapsam) geçerliliği, ölçek maddelerinin incelenen konuyu ölçüp ölçmediğini belirlemek için yapılan bir geçerlik yöntemidir. Daha çok yazılı testler için kullanılan bir yöntemdir. Kapsam geçerliliği için uzman görüşüne başvurulması sıklıkla tercih edilmektedir. Literatürde uzman görüşü veren kişi sayısının beş ile 40 arasında olması gerektiği vurgulanmaktadır. Dil eş değeri sağlanan ölçek öncelikle; konularında uzman, ölçek sorusu hazırlama teknik ve yöntemlerini iyi bilen en az beş uzmana sunulur ve daha anlamlı ve anlaşılır bir ölçek oluşturabilmek için, alınan görüşler doğrultusunda değişiklikler yapılır. Uzman görüşüne dayalı kapsam geçerliliği yapılabilmesi için; uzman görüşlerinin istatistiki açıdan yorumlanabilecek düzeye getirilmesi gereklidir. Uzmanlardan her bir maddeye Content Validity Indeks (CVI) kullanarak 1-4 arasında puan (A=“Uygun”, B= “Madde hafifçe gözden geçirilmeli”, C= “Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve D= “Madde uygun değil”) vermelerinin istenmesi sıklıkla kullanılan yöntemlerden birisidir. CVI kullanılarak elde edilen sonuçların değerlendirilmesinde Davis tekniği sıklıkla kullanılan yöntemlerden biridir. Davis tekniğinde, uzmanların verdiği yanıtlar sonucu her bir maddenin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) belirlenir. KGİ, (A) ve (B) seçeneğini işaretleyen uzman sayısının, toplam uzman sayısına bölünmesi ile hesaplanır ve KGİ oranının en az 0.80 çıkması beklenir. Ölçeğin daha anlaşılabilir olması için, defalarca uzman görüşü olarak gerekli düzeltmeler yapılabilir (18,120).

1.7.8.3.2. Yapı Geçerliliği

Bir özelliğin altında birden fazla örtük özellik bulunmaktadır. Bir özelliğin ölçülmesinde altında yatan örtük özelliğin de ölçülmesi gerekmektedir. Bu kapsamda ölçekler için, yapı geçerliliğine başvurulmaktadır. Kısaca yapı geçerliliği, ölçeğin, ölçülmek istenen kavram ya da kavramsal yapının tümünü ölçme yeteneğini gösterir. Genellikle Faktör Analizi yöntemi kullanılarak yapılır (18,120). Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ölçeklerin kapsam geçerliğini yapmak için sıklıkla başvurulmuş yöntemlerden birisidir. Ancak literatürde ölçek uyarlama çalışmalarında, Doğrulayıcı Faktör Analizi'nin (DFA) Açıklayıcı Faktör Analizi'ne (AFA) göre daha uygun bir yöntem olduğu belirtilmektedir (121,122). Günümüzde Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yöntemi yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. DFA daha önceden kuramsal yapısı belirlenen bir ölçeğin, farklı bir kültür için standart bir ölçüm aracı olup olmadığının belirlenmesi sürecine katkı sağlayan önemli bir yapısal eşitlik modeli (YEM) türüdür (123). DFA'nın hemşirelik çalışmalarında kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. DFA'nın en önemli özelliği, birçok değişkenin bir arada bilimsel olarak neyi ifade ettiğinin açıklanmasıdır (121,122,123,124). DFA'nın uygulanmasında uyum indekslerinden yararlanılmaktadır. Uyum; varyans kovaryansının yeniden üretilebilme kabiliyetini göstermektedir (124). Doğrulayıcı Faktör Analizi'nde (DFA) genel olarak kullanılan uyum indeksleri şunlardır;

X² Uyum İstatistiği: Yapısal eşitlik modelinde tüm modelinin uygunluğunun hesaplandığı testtir. χ^2/sd oranının ise; 3'ün altında olması mükemmel uyuma, 5'in altında olması iyi uyuma işaret etmektedir (125).

Kök Artık Kareler Ortalaması Uyum İndeksi (Root Mean Square Error of Approximation) (RMSEA): Hata karelerinin ortalamasının karekökü olup, modelin anlamlı olabilmesi için kullanılan değerlerden biridir. RMSEA değerinin 0.05'den küçük olması mükemmel uyum, 0.10'dan küçük olması ise iyi uyum olduğunu göstermektedir (126).

Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index) (CFI): Orijinal modele ilişkin uyum fonksiyonunun, elde edilen model ile kıyaslanması sonucu elde edilir. 0-1 aralığındaki CFI uyum indeksi değeri iyi uyumu göstermektedir (124).

Ölçekleştirilmiş Uyum İndeksi (Normed Fit Index, Normed Coefficient, Bentler-Boneet) (NFI): İlgili ki kare değeri ile en kötü durumda elde edilecek ki kare istatistiğinin karşılaştırılmasıdır. NFI için 0.95 iyi uyum, 0.90'nın üzerindeki değerler kabul edilebilir uyum göstergesidir (124).

Uyum İyiliği İndeksi (Goodness-of- Fit Index) (GFI): Alternatif modeller arasında seçim yapmak için kullanılır. NFI uyum indeksinin düzeltilmiş halidir. GFI'nın 0.90'ı aşması iyi bir model göstergesi olarak kabul edilmektedir (124).

Standartlaştırılmış Kök Artık Kareler Ortalaması İndeksi (Standardized Root Mean Square Residual) (SRMR): Standartlaştırılmış ortalama hataların kareköküdür. SRMR değeri 0'a yaklaştıkça modelin uyum iyiliği artar. Model, 0.05'ten düşük bir SRMR değeri almışsa iyi uyum, 0.05 ile 0.08 arasında bir SRMR değeri almışsa kabul edilebilir uyum içerisinde olduğu söylenebilir (127).

1.7.8.3.3. Ölçüt/Bağıntılı Geçerlilik (Eş Zamanlı Benzer Ölçekler Geçerliliği)

Ölçeğin, daha önceden aynı kültüre uyarlanarak geçerlik güvenirliği yapılmış başka bir ölçekle birlikte uygulanması esasına dayanır. İki ölçekten alınan puanlar arasındaki korelasyona bakılır. Korelasyon katsayısı (geçerlik katsayısı) 1'e ne kadar yakın ise, yeni olan testin standart testle benzer özellik gösterdiği kabul edilir. Korelasyon katsayısının 0'a yakın olması ise geçerliğin zayıf olduğunun göstergesidir (18,120).

1.7.8.4. Güvenirlik

Bir ölçüm aracının taşınması gereken temel özelliklerden olan güvenirlik; bir ölçme aracı ile aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde tutarlılık ve kararlılık olmasıdır. Güvenirlik zaman göre değişmezliğin bir ölçüsüdür. Güvenirlik bir ölçek için oldukça önemli bir özelliktir. Eğer elde edilen ölçümler doğru ise, değişiklik meydana getirmeyecek zaman dilimleri içerisinde ölçüm yapıldığında, ölçümlerde farklılıklar olmaması beklenir. Ayrıca geçerli bir testin mutlaka güvenilir olması gereklidir. Güvenirlik, korelasyon katsayısı ile belirlenir. Korelasyon katsayısı (r): 0 ile 1 arasında değişen bir değer alır. Değer 1'e yaklaştıkça güvenirliğin yüksek olduğu kabul edilir. Korelasyon katsayısı; farklı zamanlarda yapılan aynı ölçümlerin ilişki düzeyini göstermektedir. Ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında birden fazla güvenirlik yönteminin kullanılması önerilmektedir (18,116, 128,129).

1.7.8.4.1. İç Tutarlılık

Belirli bir amacı gerçekleştirmek üzere bir arayan gelen maddelerden oluşan ve toplam puanlar üzerinden değerlendirilen ölçeklerde maddelerin birbiri ile yakınlıklarının derecesini ortaya koymak için kullanılan bir yöntemdir. Maddelerin birbiri ile yakınlıklarının derecesini ortaya koymak için Pearson Momentler Korelasyon Katsayısı kullanılmaktadır. Pearson Momentler Korelasyon Katsayısı, sayısal veri türündeki değişkenler arasındaki doğrusal ilişkinin kuvveti hakkında bilgi vermektedir. Madde toplam korelasyon katsayısı değeri arttıkça güvenilirlik düzeyi artmaktadır. Madde korelasyon katsayısının eksi olmaması ve +0.25'ten büyük olması beklenen bir özelliktir (18,120). Literatürdeki bu konuyla ilgili tam bir fikir birliği bulunmamakla birlikte, bazı kaynaklarda ise; madde korelasyon katsayısının eksi olmaması ve +0.20'den büyük olması gerektiği belirtilmektedir (129).

1.7.8.4.2. Zamana Karşı Değişmezlik (Test- Tekrar Test Güvenirliği)

Güvenirlik katsayısının belirlenmesinde kullanılan bir diğer yöntem; test-tekrar test yöntemidir. Ölçeğin aynı kişilere, aynı koşullarda ancak belirli bir zaman aralığı içerisinde tekrar uygulanması esasına dayanmaktadır. Belirli bir zaman aralığından kast edilen; aynı denek grubuna hatırlatmaları önleyecek kadar uzun, ölçülecek özellikte değişiklik meydana gelmesine izin vermeyecek kadar kısa bir zaman dilimidir. Bu kısa zaman dilimi genellikle literatürde, ilk ölçümden 2 ya da 4 hafta sonrası olarak belirtilmektedir. İlk ve tekrar teste elde edilen puanlar arasındaki Pearson Korelasyon Katsayısı değeri hesaplanır. Bulunan korelasyon katsayısı ölçeğe ilişkin güvenilirlik katsayısıdır. Korelasyon katsayısı değerinin 0.70'ın altına düşmemesi ve negatif bir değer almaması beklenir. Kıyaslanan özelliğe göre; korelasyon katsayısı değeri +1'e kadar yakınsa, güvenirliliğin o kadar yüksek olduğu kabul edilmektedir (18).

1.7.8.4.3. Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı

Cronbach alfa katsayısı toplam puanlar üzerine dayalı, likert tipi ölçeklerde güvenirliliğin hesaplanmasında sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Cronbach alfa katsayısı ölçek içinde bulunan maddelerin homojenliğinin bir göstergesidir. Diğer bir ifade ile, ölçekte yer alan tüm soruların türdeş yapıyı sorgulamak için bir bütün

oluşturup oluşturmadığının bir göstergesidir. İlgili ölçeğin Cronbach alfa katsayısının yüksek olması, ölçekteki tüm maddelerin birbiriyle tutarlı ve aynı özelliği ölçmek için bir araya geldiğini gösterir. Ayrıca cevap veren örneklem grubunun yanıtlarının birbiriyle ne kadar tutarlı olduğunu da bir göstergesidir (18). Literatürde Cronbach alfa katsayısının alt sınırı tartışılan bir konudur. Bazı araştırmalarda, Cronbach alfa katsayısının 0.50'nin altında olmaması gerektiği belirtilmektedir (130,131).



BÖLÜM II

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, kanser hastalarının fiziksel, psikolojik ve sosyal alanda yaşadıkları distresi belirlemek ve hangi alanda desteğe ihtiyaç duyulduğunu saptamak amacıyla geliştirilen “James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği”nin (James Supportive Care Screening) Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve metodolojik olarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’ne bağlı Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi’nde 22.10.2015-22.04.2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı bünyesinde 2004 yılından beri hizmet vermektedir. Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi içerisinde, erişkin onkoloji yataklı servisi, çocuk onkoloji yataklı servisi, kemik iliği transplantasyon ünitesi (KİT), erişkin ve çocuk onkoloji poliklinik birimleri bulunmaktadır. Hastane içerisinde 5 hekim, 9 hemşire ve 5 personel görev yapmaktadır. Araştırma, gerekli izinler alındıktan sonra mesai saatleri olan 08.00 ile 17.00 saatleri arasında yürütülmüştür.

2.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’ne bağlı Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi’nde 22.10.2015-22.04.2016 tarihleri arasında başvuran, ayakta kemoterapi tedavisi alan yetişkin kanser tanısı almış bireyler oluşturmuştur.

2.4. Araştırmanın Örneklemini

Araştırmanın örneklemini, araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaşından büyük, soruları anlayıp-cevap vermesini engelleyecek düzeyde fiziksel ve ruhsal hastalığı bulunmayan 280 kanser tanısı almış birey oluşturmuştur.

2.5. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Araştırma, ayakta kemoterapi tedavisi almak için gelen kanser tanısı almış bireylerle yürütülmüştür. Araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler araştırma kapsamına alınmıştır. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği, bireylere yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Sorular araştırmacının kendisi tarafından bireylere okunmuş ve cevaplar araştırmacı tarafından ölçeğe işaretlenmiştir. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin doldurulma süresi her birey için ortalama 5-10 dakika kadar sürmüştür.

2.6. Veri Toplamada Kullanılan Gereçler

2.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür incelenerek hazırlanan Tanıtıcı Bilgi Formu; yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumunu, mesleği, gelir düzeyini, çocuk sahibi olmayı, kanser dışında fiziksel hastalık bulunma durumunu, ruhsal hastalık bulunma durumunu, beraber yaşanan kişiyi, tedavi sürecinde bakıma primer destek olan kişiyi, kanser hastalığının türünü, kanser hastalığının evresini ve kanser tanısının ne kadar süredir var olduğunu sorgulayan toplamda 14 sorudan oluşan bir formdur.

2.6.2. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği (James Supportive Care Screening)

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği (James Supportive Care Screening) kanser hastalığının her evre ve tedavisinde kullanılabilen, kanser tanısı almış bireylerin son hafta içerisinde yaşadıkları distresi ve hangi alanda desteğe ihtiyaç duyulduğunu saptamak amacıyla Wells-Di Gregorio ve arkadaşları (2013) tarafından geliştirilen, toplamda 6 alt boyutu bulunan bir ölçektir. Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması 2006 ve 2012 yılları arasında yürütülmüştür. Açıklayıcı faktör analizi 596, doğrulayıcı faktör analizi 477 kanser tanısı almış bireyle yürütülmüştür. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.80 olarak tespit edilmiştir. Faktör analizi sonucu, ölçek maddeleri 6 alt boyutta toplanmıştır. Ölçeğin alt boyutları: Duygusal Sorunlar, Manevi/Dini Konularla İlgili Sorunlar, Sağlık Bakımı ile İlgili Sorunlar, Sosyal Sorunlar, Bilişsel Sorunlar, Fiziksel Belirtiler alt

boyutlarından oluşmaktadır. Alt boyut cevapları: Yok (0), Hafif (1), Orta (2) ve Şiddetli (3) şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçek soruları, tek tek puanlanarak değerlendirilebildiği gibi, toplam puan üzerinden de değerlendirilebilmektedir. Ek olarak, ölçekte puanlamaya dahil edilmeyen klinik ortamda ek bilgi sağlamak amacıyla hazırlanmış, Evet/ Hayır şeklinde cevaplanan 7 soru ve en çok distres oluşturan durumun sorgulandığı 1 tane açık uçlu sorudan meydana gelmektedir. Ölçeğin orijinal formunda Evet/ Hayır şeklinde cevaplanan 7 soru içerisinde; Amerika'daki sigorta sistemi ile ilgili bir soru bulunmaktadır. Bu sorunun Türk toplumu için uygun olmaması ve bu 7 sorunun ölçek puanlamasına dahil edilmemesi nedeniyle bu soru; ölçek sahibi Wells-Di Gregorio'dan izin alınarak Türk toplumu için daha uygun bir soru olan "Malulen Emekli Olmayı Belgelemek ile İlgili Sorunlar" olarak değiştirilmiştir.

Alt Boyutlar:

1.Duygusal Sorunlar: "Belirsizlik", "Korkular", "Morali Bozuk ya da Bunalımda Olduğunu Hissetme", "Endişe/Kaygı", "Günlük Aktivitelere Karşı İlgi Kaybı", "Fiziksel Yetersizlikle Başa Çıkma", "Öfke", "Ağlama", "Umudunu Kaybetme/ Umutsuzluk", "Başkalarına Yük Oluyormuş Gibi Hissetme", "Ölümden Korkma/Ölüyor Olmaktan Korkma", "Dış Görünüşe/Beden Algısına Dair Endişeler", "Yakın Zamanda Kayıp/Yas", "Bunalmış Hissetme" maddelerinden oluşmaktadır.

2)Manevi/Dini Konular ile İlgili Sorunlar: "Kişisel Manevi Uygulamalar ile İlgili Endişeler", "Allah ya da İnanılan Yüce Varlıkla Olan İlişki/Bağ ile İlgili Endişeler", "Yaşamın Anlamı/Amacı ile İlgili Endişeler", "Allah Tarafından Önemseniş Önemsenişmediği ile İlgili Sorgulamalar" maddelerinden oluşmaktadır.

3.Sağlık Bakımı ile İlgili Sorunlar: "Uygun Tedaviye Karar Verme ile İlgili Endişeler" "Sağlık Ekibiyle Olan İletişim Sorunları", "Uzun Dönem Sağlık Bakımını Planlama ile İlgili Endişeler", "Şu anki Sağlık Durumu ya da Tedavi Hakkındaki Bilgi Eksikliği" maddelerinden oluşmaktadır.

4.Sosyal Sorunlar: "Yaşam Koşulları ile İlgili Endişeler", "Barınma Sorunları/Konaklama Sorunları", "Destek Yetersizliği", "Mali ya da Sigorta İle İlgili

Sorunlar”, “Ulaşım Sorunları”, “İlaçları Elde Etme ile İlgili Sorunlar” maddelerinden oluşmaktadır.

5.Bilişsel Sorunlar: “Unutkanlık/Hafıza ile İlgili Sorunlar”, “Dikkati Toplamada Zorlanma, “Zihin Bulanıklığı” maddelerinden oluşmaktadır.

6.Fiziksel Belirtiler: “Kusma”, “Mide Bulantısı”, “Yorgunluk/Enerji Kaybı”, “İştahsızlık”, “Güçsüzlük”, “Kilo Kaybı”, “Uykulu Hissetme/Sersemlik”, “Sıcak Basması ya da Gece Terlemesi”, “Kramp”, “Ağrı”, “Uyku Sorunları”, “Nefes Darlığı”, “Karıncalanma/Uyuşma”, “İshal”, “Kabızlık”, “Ağız Kuruluğu”, “İnatçı Öksürük” maddelerinden oluşmaktadır.

Aşağıdaki listede bulunan maddelerle ilgili sorun ya da endişe yaşıyorsanız ve bununla ilgili bilgi almak istiyorsanız lütfen evet (E) şikkımı işaretleyiniz.

Aşağıdaki endişe ya da problemlerden herhangi birini yaşıyor musunuz?			Bu Konu Hakkında Bilgi Almak İster Misiniz?
Cinsellik ile İlgili Sorunlar	Evet	Hayır	Evet Hayır
Konuşmada Zorluk/ Yutkunmada Zorluk	Evet	Hayır	Evet Hayır
Beslenme/ Diyet ile İlgili Endişeler	Evet	Hayır	Evet Hayır
Aile ve Arkadaşların Nasıl Baş Edeceklerine Dair Endişeler	Evet	Hayır	Evet Hayır
Sigara ya da Tütün Ürünlerinin Kullanımı ile İlgili Sorunlar	Evet	Hayır	Evet Hayır
Alkol, Keyif Amaçlı Madde Kullanımı ya da Tedavi İçin Verilen İlaçların Kötüye Kullanımı ile İlgili Sorunlar	Evet	Hayır	Evet Hayır
Malulen Emekli Olmayı Belgelemek ile İlgili Sorunlar	Evet	Hayır	Evet Hayır

Şuanda sizin için en çok duygusal sıkıntı oluşturan şey nedir?

.....

Ek olarak; formun nasıl doldurulduğunu sorgulayan 3 soru bulunmaktadır.

1. Formu kendim tamamladım.
2. Birisi benim verdiğim cevapları yazdı.
3. Benim için birisi soruları cevapladı (132).

2.6.3. EORTC QLQ (European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life) C-30 (Versiyon 3. 0) Yaşam Kalitesi Ölçeği

EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Avrupa Kanseri Tedavi ve Organizasyon Komitesi (European Organisation for Research and Treatment of Cancer) tarafından geliştirilmiştir. Toplamda 30 sorudan oluşmaktadır. Fonksiyonel Ölçek, Genel Sağlık Durumu Ölçeği ve Semptom Ölçeği olarak toplamda üç ölçekten oluşmaktadır. Fonksiyonel Ölçek: fiziksel (1-5), rol (6,7), bilişsel (20,25), duygusal (21-24), sosyal (26,27) alt boyutlarından, Genel Sağlık Ölçeği 29. ve 30. sorudan, Semptom Ölçeği: yorgunluk (10,12,18), bulantı ve kusma (14,15), ağrı (9,19), dispne (8), uyku bozukluğu (11), iştahsızlık (13), konstipasyon (16), diyare (17), ve mali etki (28) alt boyutlarından oluşmaktadır. Toplam puan alınabildiği gibi ana ölçeklerin alt boyutlarının da ayrı puan hesaplaması yapılabilmektedir. Fonksiyonel Ölçeklerden alınan yüksek puan; sağlıklı fonksiyonel düzeyi, Genel Sağlık Durumu Ölçeğinden alınan yüksek puan; yüksek yaşam kalitesini, Semptom Ölçeğinden alınan yüksek puan; semptomların yoğun yaşandığını ve sorun düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Türkçe geçerlik güvenirliği, Güzelant ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır ve Cronbach alfa katsayısı ≥ 0.70 olarak bulunmuştur (133,134).

2.7. Verilerin Değerlendirilmesi ve Bulguların Analizi

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Türk toplumu için geçerlik güvenirliğinin yapıldığı araştırmada aşağıda belirtilen yöntemler kullanılmıştır.

Tablo 1: James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Geçerlik Yöntemleri ve Kullanılan İstatistikler

Geçerlik Yöntemi	Geçerlik Yöntemi İçin Kullanılan İstatistikler
Dil Geçerliği	Grup Çevirisi ve Geri Çeviri Yöntemi
İçerik/Kapsam Geçerliği ✓ Uzman Görüşü ✓ Yüzeysel Geçerlik	Uzmanlardan alınan görüşlerin, Davis tekniği kullanılarak değerlendirilmesi ve Kapsam Geçerlik İndekslerinin (KGİ) hesaplanması. Örnekleme dahil edilmeyen 15 kanser tanısı almış bireyden, ölçeğin okunabilirliği ve anlaşılabilirliği hakkında düşüncelerinin alınması
Yapı Geçerliği	Temel Bileşenler Analizi Doğrulayıcı Faktör Analizi
Ölçüt/Bağıntılı Geçerlik Eşzamanlı (Benzer Ölçekler) Geçerliği	James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği, EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile birlikte uygulanarak Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı değeri hesaplanmıştır.

Tablo 2: James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Güvenirlik Yöntemleri ve Kullanılan İstatistikler

Güvenirlik Yöntemi	Güvenirlik Yöntemi İçin Kullanılan İstatistikler
İç Tutarlılık ✓ Madde İstatistikleri ✓ Cronbach alfa	Madde- toplam puan korelasyon katsayısını hesaplamak için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayılarının hesaplanması. Cronbach alfa Güvenirlik Analizi
Zaman Karşı Değişmezlik Test-Tekrar Test Yöntemi	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısının Hesaplanması









Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde; Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 16) ve Linear Structural Equations Model Language (LISREL) paket

programlarından yararlanılmıştır. Araştırma kapsamına alınan kanser tanısı almış bireylerin tanıtıcı bilgileri, sayı ve yüzde dağılımı kullanılarak gösterilmiştir. Katılımcıların ölçek puan ortalamaları; standart sapma ve min-max değerleri verilerek gösterilmiştir. Ölçeğin geçerliğine yönelik olarak, dil geçerliğinin sağlanması için grup çevirisi ve geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Ayrıca içerik/kapsam geçerliği, yapı geçerliği ve ölçüt/bağıntılı geçerlik yöntemleri kullanılmıştır. Ölçeğin güvenilirliğine yönelik olarak, iç tutarlılığın hesaplanması ve test-tekrar test yöntemleri kullanılmıştır.

2.8. Süre ve Olanaklar

Ocak 2015- Mayıs 2015 tarihleri arasında araştırma konusu belirlenmiş ve gerekli hazırlıklar yapılmıştır. 25.06.2015 tarihinde tez önerisi olarak sunulmuştur. Araştırma için gerekli izinler alındıktan sonra 22.10.2015-22.04.2016 tarihleri arasında veriler toplanmıştır. Nisan 2016-Mayıs 2016 tarihleri arasında ise verilerin değerlendirilmesi ve analizi gerçekleştirilmiştir.

Şekil 1: Zaman Çizelgesi

TARİH SÜREÇ	Ocak - Şubat 2015	Mart- Mayıs 2015	Haziran 2015	Temmuz -Eylül 2015	Ekim- Kasım- Aralık- 2015 ve Ocak Şubat Mart Nisan 2016	Nisan 2016	Mayıs 2016	Haziran 2016
Literatür İnceleme ve Konu Seçimi								
Araştırma Desenin Seçimi								
Tez Önerisi								
Etik Kurul İzni, Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi İzni								
Veri Toplama Aşaması								
Verilerin Değerlendirilmesi- Analizi								
Tez Yazımı								
Tez Savunması								

2.9. Etik Açıklamalar

Ölçeğin kullanılabilmesi için ölçek sahibinden mail yoluyla izin alınmıştır (Ek I). Ölçüt geçerliği için eş değer ölçek olarak kullanılan, EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin kullanımı için European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life kuruluşundan (Ek II) ve ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliğini yapan Güzelant ve arkadaşlarından (2004) mail yoluyla izin alınmıştır. (Ek III) Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. (Ek IV) Çalışmanın yürütülebilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne bağlı Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi'nden (Ek V) gerekli izinler alınmıştır. Ayrıca görüşme öncesi bireylerden, araştırmanın amacı ve görüşmenin ortalama ne kadar süreceği hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra sözlü onam alınmıştır.

BÖLÜM III

3.BULGULAR

Araştırma bulguları üç ana başlık altında verilmiştir.

1.James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması için görüşülen bireylerin tanıtıcı özelliklerine ait bulgular.

2.James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik analizine ait bulgular.

3.James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin içerisinde ek bilgi almak için yer alan (ölçek puanlamasına dahil edilmeyen) sekiz soru hakkındaki bulgular

3.1. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulgular

Bu bölümde, James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması için görüşülen bireylerin tanıtıcı özelliklerine ait bulgular sunulmuştur.

Tablo 3: Bireylerin Cinsiyete, Medeni Duruma, Eğitim Durumuna, Mesleğe ve Gelir Düzeyine Göre Dağılımları (n=280)

Özellikler	n	%
Cinsiyet Durumu		
Kadın	184	65.7
Erkek	96	34.3
Medeni Durum		
Evli	223	79.6
Bekar	24	8.6
Eşi vefat etmiş/Boşanmış	33	11.8
Eğitim Durumu		
Okur-Yazar Değil/İlkokul	110	39.2
Ortaokul/Lise	113	40.4
Üniversite/Lisansüstü	57	20.4
Meslek		
Emekli	124	44.3
Memur	14	5
İşçi	37	13.2
Çalışmıyor	103	36.8
Diğer	2	0.7

Gelir Düzeyi		
Gelir giderden az	115	41.1
Gelir gidere denk	141	50.4
Gelir giderden fazla	24	8.5
TOPLAM	280	100

Tablo 3'te bireylerin cinsiyet durumuna, medeni durumuna, eğitim durumuna ve gelir düzeyine göre dağılımları verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %65.7'sinin (n=184) kadın olduğu, %79.6'sının (n=223) evli olduğu, %40.4'nün (n=113) ortaokul ya da lise mezunu olduğu, %44.3'nün (n=124) emekli ve %36.8'nin (n=103) çalışmadığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %50.4'nün (n=141) gelir ve gider durumunun denk olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 51.92±12.225'dir.

Tablo 4: Bireylerin Çocuk Sahibi Olma Durumuna, Beraber Yaşanılan Kişiye, Tedavi Sürecinde Destek Olan Kişinin Olması Durumuna ve Bakıma Primer Destek Sağlayan Kişiye Göre Dağılımları (n=280)

Özellikler	n	%
Çocuk Sahibi Olma		
Evet	240	85.7
Hayır	40	14.3
Beraber Yaşanılan Kişi		
Yalnız	19	6.8
Aile	261	93.2
Bakıma Destek Olan Kişinin Olması		
Evet	250	89.3
Hayır	30	10.7
Primer Bakıma Destek Olan Kişi		
Eş	169	60.4
Anne, baba	46	16.4
Çocuk	27	9.6
Diğer	38	13.6
TOPLAM	280	100

Tablo 4'te bireylerin %85.7'sinin (n=240) çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Bireylerin %93.2'sinin (n=261) ailesi ile beraber yaşadığı, %89.3'nün (n=250) tedavi sürecinde bakımına destek olan birinin olduğu ve bakıma primer destek sağlayan kişinin %60.4 (n=169) ile eş olduğu saptanmıştır.

Tablo 5: Bireylerin Sahip Olduğu Kanser Türüne, Evresine, Kanser Dışında Fiziksel ve Ruhsal Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Dağılımları (n=280)

Özellikler	n	%
Kanser Türü		
Baş-Boyun	2	0.7
Jinekolojik	42	15
Akciğer	14	5
Meme	107	38.2
Beyin	6	2.1
Cilt	9	3.2
GİS (kolorektal, pankreas, mide, karaciğer)	78	27.9
Diğer	22	7.9
Kanserin Evresi		
Evre belirlenemeyen	61	21.8
1.evre	25	8.9
2.evre	46	16.4
3.evre	44	15.7
4.evre	104	37.1
Fiziksel Hastalık Varlığı		
Var	88	31.4
Yok	192	68.6
Ruhsal Hastalık Varlığı		
Var	10	3.6
Yok	270	96.4
TOPLAM	280	100

Tablo 5'e göre bireylerin %38.2'sinin (n=107) meme kanseri tanısı aldığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan, evresi belirlenen ya da evresine ulaşılabilen 219 bireyin %37.1'i (n=104) 4. evrededir. Araştırmaya katılan bireylerin %31.4'ünde (n=88) kanserle beraber fiziksel hastalık ve %3.6'sında (n=10) kanserle beraber ruhsal hastalık bulunmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin ortalama 44.9±4.17 aydır kanser tanısının olduğu saptanmıştır.

3.2. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Geçerlik Güvenirlik Çalışmalarına Ait Bulgular

3.2.1. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Geçerlik Çalışmalarına Ait Bulgular

3.2.1.1. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Dil Geçerliğinin Sağlamasına Yönelik Çalışmalar

Kanser tanısı almış bireylerin yaşadıkları distresi belirlemek amacıyla Wells-Di Gregorio ve arkadaşları tarafından 2013 yılında Amerika'da geliştirilen ölçeğin Türk toplumu için uyarlanması çalışmasında ilk olarak, dil geçerliği uygulamasına başvurulmuştur. Grup çevirisi yöntemine göre, ölçek bir psikolog, bir psikolojik danışmanlık ve rehberlik uzmanı, bir çevirmen ve iki ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği uzmanı tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir (5 uzman). Bu çeviriler, bağımsız gözlemciler olarak araştırmacı ve tez danışmanı tarafından incelenmiş ve en uygun ifadeler kullanılarak ölçeğin Türkçe formu hazırlanmıştır. Ölçeğin hazırlanan Türkçe formu anadili İngilizce olan ve uzun yıllardır Türkiye'de yaşayan iki çevirmen tarafından ortak bir çalışma sonucunda, geri çeviri yöntemi kullanılarak İngilizce'ye tekrar çevrilmiştir. Bu çevirideki ifadeler ile orijinal ölçek ifadeleri araştırmacı ve danışman tarafından tekrar karşılaştırılmış, çevirmenler tarafından verilen öneriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra, ölçek son halini almıştır.

3.2.1.2. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin İçerik/Kapsam Geçerliğinin Sağlamasına Yönelik Çalışmalar

Dil geçerliği sağlanan ölçek içerik/kapsam geçerliği için on uzman görüşüne sunulmuştur. Uzmanlardan her bir maddeyi Davis tekniği'ne uygun olarak; (A) "Uygun", (B) "Madde hafifçe gözden geçirilmeli", (C) "Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli" ve (D) "Madde uygun değil" şeklinde değerlendirilmesi istenmiştir. Daha sonra her bir maddenin ayrı ayrı Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) belirlenmiştir. Uzman görüşleri sonrasında ölçekteki tüm maddelerin KGİ oranı 0.80'in üzerinde bulunmuştur.

Tablo 6: James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Uzman Görüşleri ve Maddelerin Kapsam Geçerlik İndeks Puanları (n=10)

Ölçekteki Madde	(A) İşaretleyen Uzman Sayısı (Uygun)	(B) İşaretleyen Uzman Sayısı (Madde Hafifçe Gözden Geçirilmeli)	(C) İşaretleyen Uzman Sayısı (Madde Ciddi Olarak Gözden Geçirilmeli)	(D) İşaretleyen Uzman Sayısı (Madde Uygun Değil)	Kapsam Geçerlik İndeksi
Madde 1	10	0	0	0	KGİ=1
Madde 2	10	0	0	0	KGİ=1
Madde 3	4	6	0	0	KGİ=1
Madde 4	6	4	0	0	KGİ=1
Madde 5	10	0	0	0	KGİ=1
Madde 6	6	3	0	1	KGİ=0.9
Madde 7	10	0	0	0	KGİ=1
Madde 8	10	0	0	0	KGİ=1
Madde 9	8	2	0	0	KGİ=1
Madde 10	8	2	0	0	KGİ=1
Madde 11	6	3	0	1	KGİ=0.9
Madde 12	9	1	0	0	KGİ=1
Madde 13	10	10	0	0	KGİ=1
Madde 14	10	10	0	0	KGİ=1
Madde 15	10	10	0	0	KGİ=1
Madde 16	6	4	0	0	KGİ=1
Madde 17	10	0	0	0	KGİ=1
Madde 18	6	4	0	0	KGİ=1
Madde 19	6	3	1	0	KGİ=0.9
Madde 20	6	3	1	0	KGİ=0.9
Madde 21	10	0	0	0	KGİ=1
Madde 22	8	2	0	0	KGİ=1
Madde 23	7	3	0	0	KGİ=1
Madde 24	10	0	0	0	KGİ=1

Madde 25	5	5	0	0	KGI=1
Madde 26	5	5	0	0	KGI=1
Madde 27	10	0	0	0	KGI=1
Madde 28	9	1	0	0	KGI=1
Madde 29	10	0	0	0	KGI=1
Madde 30	10	0	0	0	KGI=1
Madde 31	9	1	0	0	KGI=1
Madde 32	10	0	0	0	KGI=1
Madde 33	10	0	0	0	KGI=1
Madde 34	7	3	0	0	KGI=1
Madde 35	9	1	0	0	KGI=1
Madde 36	10	0	0	0	KGI=1
Madde 37	10	0	0	0	KGI=1
Madde 38	8	2	0	0	KGI=1
Madde 39	10	0	0	0	KGI=1
Madde 40	10	0	0	0	KGI=1
Madde 41	10	0	0	0	KGI=1
Madde 42	10	0	0	0	KGI=1
Madde 43	10	0	0	0	KGI=1
Madde 44	10	0	0	0	KGI=1
Madde 45	10	0	0	0	KGI=1
Madde 46	10	0	0	0	KGI=1
Madde 47	10	0	0	0	KGI=1
Madde 48	10	0	0	0	KGI=1

Davis tekniğine göre, uzmanlardan ölçekteki tüm maddeleri (A) “Uygun”, (B) “Madde hafifçe gözden geçirilmeli”, (C) “Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve (D) “Madde uygun değil” seçeneklerinden birini seçerek değerlendirmeleri istenir. Daha sonra her madde için Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) belirlenir. Her maddenin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ); (A) ve (B) seçeneğini işaretleyen uzman sayısının, toplam uzman sayısına bölünmesi ile hesaplanır. KGİ oranının en az 0.80 çıkması beklenmektedir (135).

Uzman görüşlerine göre, ölçekteki tüm maddelerin hesaplanan Kapsam Geçerlik İndeksi 0.80'nin üzerinde bulunmuştur. Ancak dört madde için uzman önerileri doğrultusunda düzeltmeler yapılmıştır. Uzmanlar tarafından 2 madde için (madde 6 ve madde11) “Madde uygun değil”, 2 madde için (madde 19 ve madde 20) “Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” seçeneği işaretlenmiştir. Ölçek maddelerinin KGİ yeterli olmasına rağmen, bu maddeler için uzmanların önerileri dikkate alınarak minör değişiklikler yapılmıştır. Madde 6= “Yapmak İsteddiğiniz Şeyi Fiziksel Olarak Yapamama ile Başa Çıkma”, “Fiziksel Yetersizlikle Başa Çıkma” şeklinde, Madde 11= “Ölüm/Ölüme Yaklaşma Korkusu”, “Ölümden Korkma/Ölüyor Olmaktan Korkma” şeklinde, Madde 19= ”Uygun Sağlık Bakımına Karar Verme Hakkındaki Endişeler”, “ Uygun Tedaviye Karar Verme ile İlgili Endişeler” şeklinde ve Madde 20=“Sağlık Personeli ile Olan İletişim Sorunları”, “Sağlık Ekibiyle Olan İletişim Sorunları” şeklinde düzeltilmiştir. Yapılan değişikliklerden sonra, araştırma kapsamına alınmayan kanser tanısı almış 15 bireyle ön uygulama yapılmıştır. Yüzeysel geçerlilik yöntemi kullanılmış ve bireylerden ölçek maddelerini okunabilirlik, anlaşılabilirlik, sıralaması kapsamında subjektif olarak yorumlamaları istenmiştir. 15 bireyden alınan yorumlar doğrultusunda; 38. soru olan “Uykulu Hissetme” sorusunun yanına daha anlaşılır olması için sersemlik ifadesi eklenmiştir. Böylece 38. Soru “Uykulu Hissetme/Sersemlik” olarak son halini almıştır. 31. Soru “Zihin Karmaşıklığı” ifadesi 15 bireyden alınan yorumlar sonrasında, “Zihin Bulanıklığı” olarak değiştirilmiştir. Ek olarak “ İnanmışınız Yüce Varlıkla Olan İlişkiniz Hakkındaki Endişeler” hastalardan alınan yorumlarla “Allah ya da İnanılan Yüce Varlıkla Olan İlişki/Bağ ile İlgili Endişeler” olarak değiştirilmiştir. Yapılan değişikliklerden sonra James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği son halini almıştır.

3.2.1.3. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Yapı Geçerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar

3.2.1.3.1. Temel Bileşenler (Principal Component) Analiz Yöntemi Sonuçları

Bu bölümde, James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin yapı geçerliği sonuçlarına yer verilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliliği için yapılacak faktör analizi öncesinde örneklemin yeterliliği, büyüklüğü ve gücü sınanmıştır. Daha sonra Temel Bileşenler Analizi yöntemi kullanılarak varimax dönüştürmesi yapılmış ve faktörlerin varyans açıklama oranları incelenmiştir. Bu analizlerle ilgili sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 7: Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling (KMO), Barlett's Test Sphericity ve Power Analiz Sonuçları

Testler (n= 280)	Sonuçlar
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	.845
Bartlett's Test of Sphericity χ^2	5043.087
Df	1128
P	.000
Power Analiz (Örneklem grubunun cinsiyet durumuna göre)	% 81.3

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin faktör yapısı incelenmeden önce örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO-örneklem yeterliliği) Analizi ve örneklemin faktör analizi için uygun olup olmadığını değerlendirmek için Bartlett's Test of Sphericity Analizi ve örneklem gücünü belirlemek için Power Analiz yöntemi kullanılmıştır. Yapılan testler sonucunda örneklem grubunun geçerlik güvenilirlik analizlerinin yapılabilmesi için uygun özellikleri taşıdıkları görülmüştür.

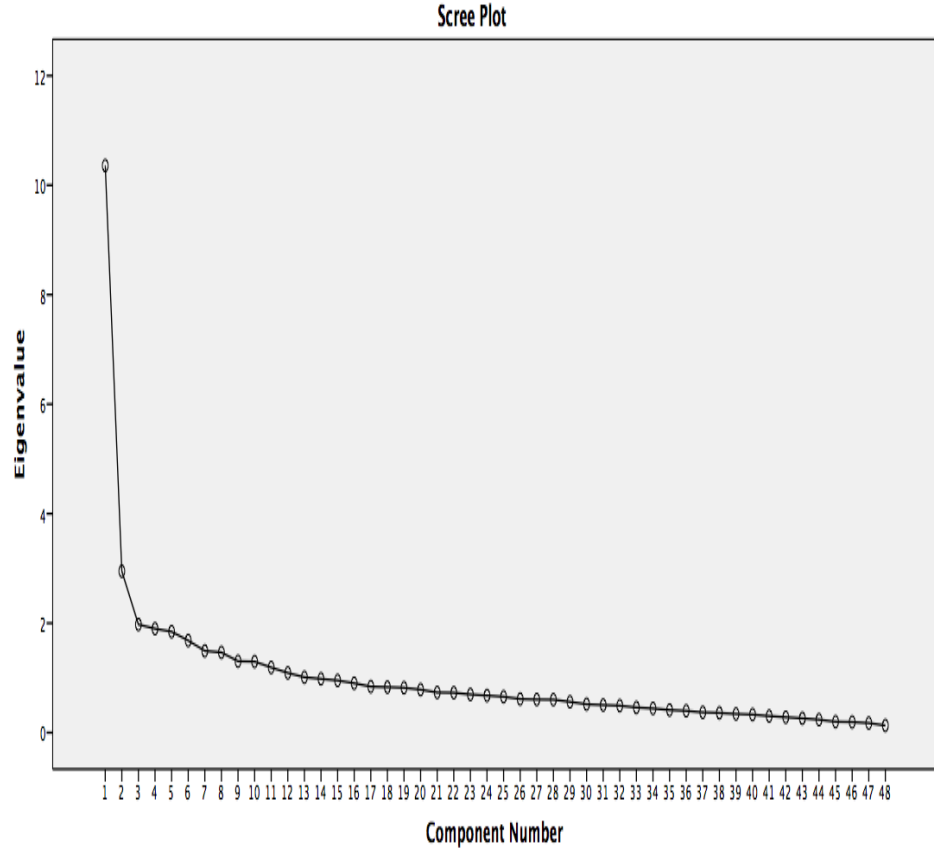
Tablo 8: Maddelerin ve Faktörlerin Toplam Varyans Açıklama Oranları

Başlangıç Öz değerleri (Initial Eigenvalues)				Yüklerin Kareler Toplamı (Extraction Sums of Squared Loadings)			Dödürme Sonrası Yüklerin Kareler Toplamı (Rotation Sums of Squared Loadings)		
Bileşenler	Toplam	Varyans %	Yığılımlı %	Toplam	Varyans %	Yığılımlı %	Toplam	Varyans %	Yığılımlı %
1	9.534	25.917	25.917	9.534	25.917	25.917	4.643	12.620	12.620
2	2.558	6.953	32.871	2.558	6.953	32.871	4.295	11.674	24.294
3	1.635	4.444	37.315	1.635	4.444	37.315	2.400	6.523	30.817
4	1.504	4.089	41.403	1.504	4.089	41.403	2.116	5.752	36.570
5	1.334	3.626	45.029	1.334	3.626	45.029	2.537	6.896	43.466
6	1.205	3.276	48.305	1.205	3.276	48.305	1.780	4.839	48.305
7	1.082	2.941	51.246						
8	1.077	2.927	54.173						
9	0.989	2.689	56.862						
10	0.956	2.600	59.461						
11	0.852	2.317	61.779						
12	0.812	2.208	63.987						
13	0.781	2.122	66.109						
14	0.742	2.018	68.127						
15	0.710	1.931	70.058						
16	0.669	1.818	71.876						
17	0.658	1.788	73.664						
18	0.635	1.727	75.391						
19	0.604	1.643	77.034						
20	0.580	1.576	78.610						
21	0.551	1.499	80.109						
22	0.516	1.402	81.512						
23	0.485	1.318	82.830						
24	0.456	1.239	84.069						
25	0.447	1.215	85.284						
26	0.422	1.146	86.430						
27	0.408	1.109	87.538						
28	0.404	1.098	88.636						
29	0.362	0.985	89.621						
30	0.360	0.979	90.600						
31	0.331	0.899	91.499						
32	0.299	0.812	92.312						
33	0.293	0.796	93.107						
34	0.278	0.756	93.864						
35	0.264	0.719	94.582						
36	0.243	0.661	95.243						
37	0.228	0.621	95.864						
38	0.204	0.554	96.418						
39	0.197	0.537	96.955						

40	0.178	0.485	97.440						
41	0.164	0.445	97.885						
42	0.156	0.424	98.309						
43	0.143	0.388	98.697						
44	0.120	0.325	99.022						
45	0.114	0.311	99.333						
46	0.110	0.299	99.632						
47	0.073	0.198	99.831						
48	0.062	0.169	100.000						

Tablo 8’de ölçeğin faktör yükleri görülmektedir. Temel Bileşenler Analiz yöntemi (principal component) uygulanmıştır. Varimax dönüştürmesine göre, 8 faktörün öz değerinin 1’in üzerinde olduğu bulunmuştur. Ancak orijinal ölçek 6 faktör yapısındadır. Ölçeğin kuramsal ve teorik yapısına uygunluğu bozmamak için ölçeğin Türkçe formu da 6 faktör altında sıkıştırılmıştır. Bu sonuçlara göre 6 faktörün öz değeri; Faktör 1= 4.643, Faktör 2=4.295, Faktör 3=2.400, Faktör 4=2.116, Faktör 5=2.537, Faktör 6=1.780’dir. Altı faktör toplam varyansın %48.305’ni açıklamaktadır. Yani kümülatif açıklayıcılık %48.305 olarak bulunmuştur. Elde edilen kümülatif açıklayıcılık değeri yükseldikçe, ölçeğin faktör yapısı güçlenir. Sağlık bilimlerinde %40-60 arasındaki kümülatif açıklayıcılık yeterli olarak kabul edilmektedir (136).

Temel Bileşenler Analizi sonuçları, ölçeğin orijinal yapısını korumak adına yamaç eğim grafiği (scree plot) ile de incelenmiştir. Yamaç eğim grafiği (scree plot) incelendiğinde altıncı faktörden sonra öz değerlerin plato çizdiği saptanmıştır (GrafikI).



Grafik 1: James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Faktör Yükleri

3.2.1.3.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin yapı geçerliği LISREL programı kullanılarak yapılmıştır. Bu çalışmada elde edilen ölçeğin yapısı ile ölçeğin orijinal formundaki yapısının doğrulanması amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi uygulanmıştır. DFA'da ilk olarak beklenen kovaryans matrisi ile gözlenen kovaryans matrisi arasındaki farkın (değerinin) anlamlılığına yani p değerine bakılması gerekmektedir (p değerinin anlamlı olması beklenmektedir.) (137). Bu çalışmada kovaryans matrisi ile gözlenen kovaryans matrisi arasındaki farkın değeri $p = .000$ olarak tespit edilmiştir. Beklenen kovaryans matrisi ile gözlenen kovaryans matrisi arasındaki fark anlamlıdır. Modele ilişkin uyumluluk indeksleri ve Schumacker ve Lomax tarafından belirlenen uyum indeksleri (138) Tablo 9'da yer almaktadır.

Tablo 9: Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular

İndeks	Mükemmel Uyum Ölçütü	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütü	Araştırma Bulgusu	Sonuç
χ^2/SD	0-3	3-5	2.073	Mükemmel uyum
RMSEA	$0.00 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.10$	0.062	İyi uyum
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1.00$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	0.91	İyi uyum
NNFI	$0.95 \leq NNFI (TLI) \leq 1.00$	$0.90 \leq NNFI (TLI) \leq 0.95$	0.91	İyi uyum
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1.00$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	0.90	İyi uyum
SRMR	$0.00 \leq SRMR \leq .05$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.08$	0.07	İyi uyum
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1.00$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	0.90	İyi uyum
AGFI	$0.90 \leq AGFI \leq 1.00$	$0.85 \leq AGFI \leq 0.90$	0.92	İyi uyum

DFA’da öncelikle incelenmesi gereken uyumluluk indeksi Ki-kare (χ^2) uyum istatistiğidir. Ayrıca ki-kare (χ^2) uyum istatistiğinin serbestlik derecesine olan oranın incelenmesi gerekir. χ^2/sd oranının 3’ün altında olması mükemmel uyuma, 5’in altında olması iyi uyuma işaret etmektedir (125). Bu araştırma için bu oran 2.073 olarak bulunmuştur. Model mükemmel uyum göstermiştir.

DFA’da incelenen RMSEA; hata karelerinin ortalamasının karekökü olup, modelin anlamlı olabilmesi için kullanılan değerlerden biridir. RMSEA değerinin 0.05’den küçük olması mükemmel uyum, 0.10’dan küçük olması ise iyi uyum olduğunu göstermektedir (126). Bu çalışmada RMSEA değeri 0.062 olarak bulunmuştur ve bu değere göre model iyi uyum göstermektedir.

DFA’da incelenen diğer bir değer olan CFI; model tarafından tahmin edilen kovaryans matrisi ile sıfır hipotezli modelin kovaryans matrisini karşılaştıran bir uyum indeksidir (140). CFI indeksi günümüzde Yapısal Eşitlik Modellerinde en yaygın olarak kullanılan uyum indeksidir (141). CFI indeksi 0 ile 1 arasında değişen değerler alır. 0.95 ile 1 arasında CFI değerine sahip bir modelin iyi uyum gösterdiği, 0.90 ile 0.95 arasında CFI değerine sahip bir modelin kabul edilebilir uyum içinde

olduğu belirtilmektedir (127). Araştırmanın CFI değeri 0.91 olarak bulunmuştur. Araştırmanın CFI değeri iyi uyum göstermiştir.

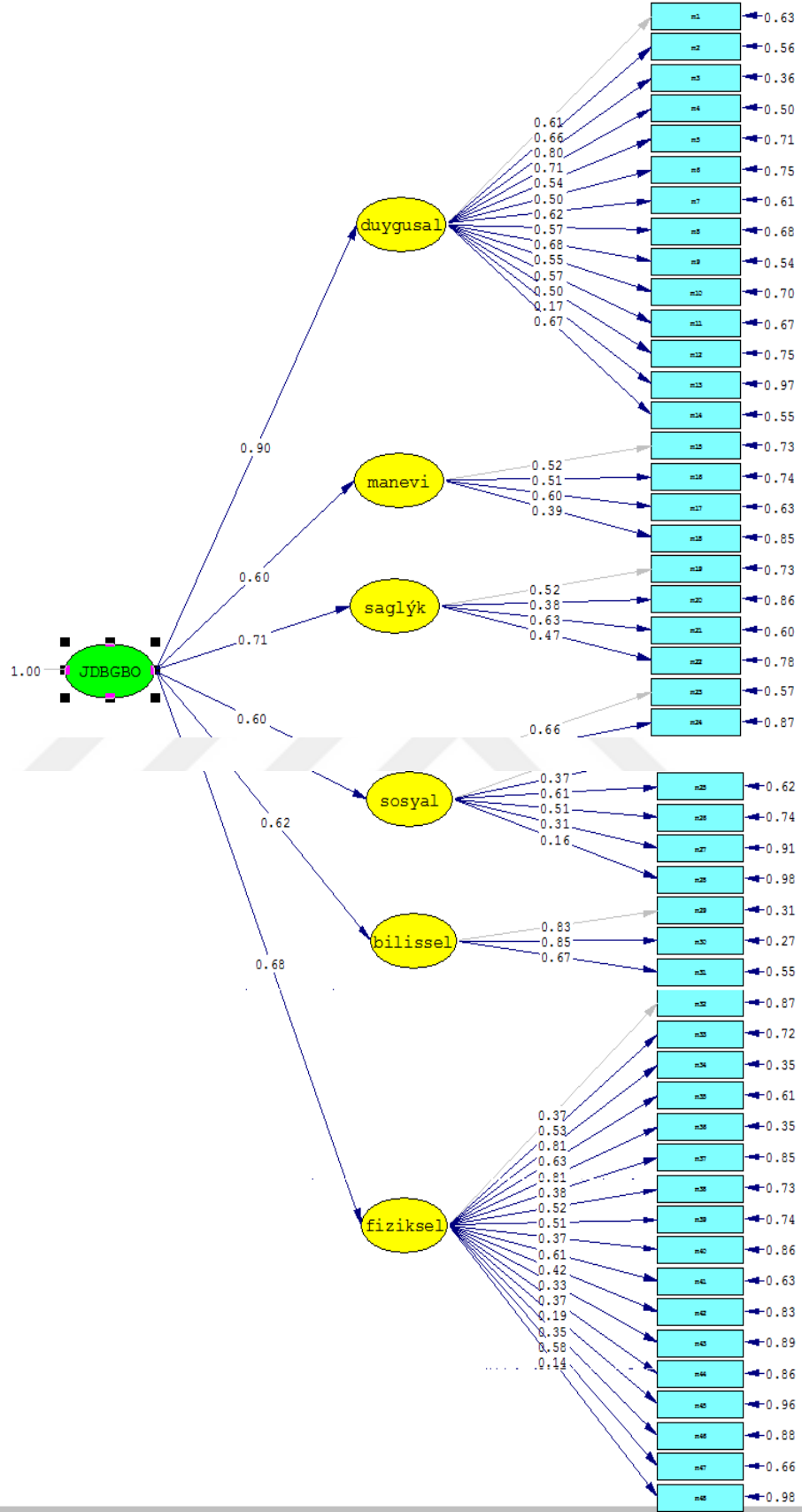
DFA incelenen NFI indeksi; normlaştırılmış uyum indeksi olup, CFI'ya alternatif olarak Bentler ve Bonett (1980) tarafından geliştirilmiştir. Bu indeks varsayılan modelin temel ya da sıfır hipoteziyle olan uygunluğunu araştırmak için kullanılmaktadır. NFI değeri 0.90 olarak elde edilmiştir ve araştırmanın iyi uyum gösterdiği görülmüştür. Ayrıca normlaştırılmamış uyum indeksi olan NNFI değeri ise 0.91 olarak bulunmuştur ve bu değere göre yapı iyi uyum göstermiştir (138).

DFA incelenen GFI indeksi, varsayılan modelce hesaplanan gözlenen değişkenler arasındaki genel kovaryans miktarını göstermektedir. GFI değeri 0 ile 1 arasında bir değer alır. GFI'nın 0.90'ı aşması iyi bir model göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bu değer gözlenen değişkenler arasında yeterince kovaryansın hesaplandığı anlamına gelmektedir (139). Bu araştırma için GFI değeri 0.90 olarak elde edilmiştir ve modelin iyi uyum gösterdiğini kanıtlanmıştır. AGFI ise düzenlenmiş uyum indeksidir. Araştırma da bu değer 0.92 olarak elde edilmiştir ve iyi uyum değeri göstermiştir (139).

DFA'da incelenen SRMR değeri; standartlaştırılmış ortalama hataların kareköküdür. SRMR değeri 0'a yaklaştıkça modelin uyum iyiliği artar. Model, 0.05'ten düşük bir SRMR değeri almışsa iyi uyum, 0.05 ile 0.08 arasında bir SRMR değeri almışsa kabul edilebilir uyum içerisindedir (127). Araştırmada bulunan 0.07'lik değer iyi uyumu göstermektedir.

Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen uyum indeksleri incelendiğinde, modelin iyi uyum verdiği ve ölçeğin orijinal faktör yapısının uyarlanan ölçeğin faktör yapısıyla uyumlu olduğu görülmüştür.

Ölçeğin 48 maddelik Türkçe formuna ilişkin oluşturulan altı faktörlü model Grafik 2'de görülmektedir. Tanımlanan modele göre, James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği, orijinal modelle uyum göstermiş ve uyum indeksleri kabul edilebilir değerler içerisinde belirlenmiştir ($\chi^2/df=2.073$, RMSEA=0.62, CFI=0.91, NFI=0.90, NNFI=0.91, SRMR=0.07, GFI=0.90). Türkçe olarak tanımlanan model ölçmeyi amaçladığı yapıyı, kuramda ele alınan altı alt boyutuyla geçerli bir şekilde ölçebilmektedir.



Chi-Square=2226.67, df=1074, P-value=0.00000, RMSEA=0.062

Grafik 2: James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin 48 Maddelik Türkçe Formuna İlişkin Tanımlanan Model

3.2.1.4. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Ölçüt/Bağıntılı (Eş Zamanlı Benzer Ölçekler Geçerliliği) Geçerlik Sonuçları

Bu bölümde, James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin ölçüte bağlı geçerlik sonuçları yer almaktadır. Bu bölümde James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Duygusal Sorunlar, Bilişsel Sorunlar ve Fiziksel Belirtiler alt boyutları ile EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Duygusal Fonksiyon skoru, Kavrama Fonksiyon skoru ve Semptom Ölçeği arasındaki ilişkisi sınanmıştır. Ölçekler arası ilişki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 10. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Duygusal Sorunlar Alt Boyutu Toplam Puanı ile EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Duygusal Fonksiyon Skoru Arasındaki Korelasyon Katsayısı

	EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Duygusal Fonksiyon Skoru	
	r	p
James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Duygusal Sorunlar Alt Boyutu Toplam Puanı	-.722	.000**

(**p<0.01)

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Duygusal Sorunlar alt boyutunun toplam puanı ile EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Duygusal Fonksiyon skoru arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Tablo 11. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Bilişsel Sorunlar Alt Boyutu Toplam Puanı ile EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kavrama Fonksiyonu Skoru Arasındaki Korelasyon Katsayısı

	EORTC QLQ C-30 (Versiyon 3.0) Yaşam Kalitesi Ölçeği Kavrama Fonksiyonu Skoru	
	r	p
James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Bilişsel Sorunlar Alt Boyutu Toplam Puanı	.-751	.000**

(**p<0.01)

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Bilişsel Sorunlar alt boyutu toplam puanı ile EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kavrama Fonksiyonu skoru arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Tablo 12. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Fiziksel Belirtiler Alt Boyutu Toplam Puanı ile EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Semptom Ölçeği Arasındaki Korelasyon Katsayısı

	EORTC QLQ C-30) (Versiyon 3. 0) Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Ölçeği Toplam Puan	
	r	p
James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Fiziksel Belirtiler Alt Boyutu Toplam Puanı	.896	.000**

(**p<0.01)

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Fiziksel Belirtiler alt boyutu toplam puanı ile EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Semptom Ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

3.2.2. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeğinin Güvenirlik Çalışmalarına Ait Bulgular

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği ve alt boyutlarının iç tutarlılık analizleri, Cronbach alfa katsayıları ve zamana karşı değişmezlik (Test- Tekrar Test Güvenirliği) sonuçları bu bölümde yer almaktadır.

3.2.2.1. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin İç Tutarlık Analizlerine Ait Bulgular

Tablo 13: James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği Madde Ortalama ve Standart Sapma Dağılımı

Maddeler	Yok % (n)	Az % (n)	Orta % (n)	Şiddetli % (n)	\bar{X} (Ar. Ort)	SS Standart sapma
Madde 1	50.7 (142)	16.8 (47)	22.9 (64)	9.6 (27)	0.91	1.057
Madde 2	70 (196)	11.4 (32)	13.6 (38)	5 (14)	0.54	0.907
Madde 3	52.5 (147)	19.3 (54)	20 (56)	8.2 (23)	0.84	1.016
Madde 4	53.6 (150)	20.7 (58)	17.1 (48)	8.6 (24)	0.81	1.0008
Madde 5	61.4 (172)	11.4 (32)	17.1(48)	10 (28)	0.76	1.063
Madde 6	45.7 (128)	15 (42)	26.8 (75)	12.5 (35)	1.06	1.107
Madde 7	50.4 (141)	20.4 (57)	16.8 (47)	12.5 (35)	0.91	1.081
Madde 8	61.1 (171)	16.4 (46)	13.9 (39)	8.6 (24)	0.70	1.003
Madde 9	77.9 (218)	7.1 (20)	10.7 (30)	4.3 (12)	0.41	0.847
Madde 10	63.6 (178)	12.9 (36)	14.6 (41)	8.9 (25)	0.69	1.023
Madde 11	75 (210)	12.5 (35)	8.9 (25)	3.6 (10)	0.41	0.798
Madde 12	72.5 (203)	10.4 (29)	9.3 (26)	7.9 (22)	0.52	0.954
Madde 13	82.1 (230)	3.6 (10)	5.7 (16)	8.6 (24)	0.41	0.934
Madde 14	57.9 (162)	16.8 (47)	16.4 (46)	8.9 (25)	0.76	1.024
Madde 15	87.1 (244)	3.9 (11)	6.8 (19)	2.1 (6)	0.24	0.669
Madde 16	94.3 (264)	3.6 (10)	2.1 (6)	-	0.08	0.340
Madde 17	89.6 (251)	5.4 (15)	3.6 (10)	1.4 (4)	0.17	0.546
Madde 18	92.9 (260)	3.2 (9)	3.2 (9)	0.7 (2)	0.12	0.460
Madde 19	90 (252)	5 (14)	3.9 (11)	1.1(3)	0.16	0.528
Madde 20	93.6 (262)	2.9 (8)	2.1 (6)	1.4 (4)	0.11	0.480
Madde 21	79.6 (223)	8.6 (24)	7.9 (22)	3.9 (11)	0.36	0.791
Madde 22	79.3 (222)	10.4 (29)	7.5 (21)	2.9 (8)	0.34	0.740
Madde 23	72.5 (203)	13.6 (38)	9.6 (27)	4.3 (12)	0.46	0.837
Madde 24	95.7 (268)	1.1 (3)	2.5 (7)	0.7 (2)	0.08	0.441
Madde 25	81.4 (228)	3.9 (11)	10 (28)	4.6 (13)	0.38	0.846
Madde 26	88.6 (248)	3.2 (9)	5 (14)	3.2 (9)	0.23	0.686
Madde 27	87.9 (246)	3.9 (11)	3.6 (10)	4.6 (13)	0.25	0.734
Madde 28	96.1 (269)	2.1 (6)	1.4 (4)	0.4 (1)	0.06	0.328
Madde 29	42.5 (119)	28.2 (79)	22.1 (62)	7.1 (20)	0.94	0.965
Madde 30	50.4 (141)	23.6 (66)	19.6 (55)	6.4 (18)	0.82	0.964
Madde 31	70.7 (198)	15.4 (43)	9.3 (26)	4.6 (13)	0.48	0.846
Madde 32	88.2 (247)	4.6 (13)	4.3 (12)	2.9 (8)	0.22	0.655
Madde 33	70.4 (197)	15.7 (44)	8.9 (25)	5 (14)	0.49	0.855
Madde 34	28.6 (70)	31.4 (88)	23.6 (66)	16.4 (46)	1.28	0.1051
Madde 35	65 (182)	12.1 (34)	16.1 (45)	6.8 (19)	0.65	0.980
Madde 36	35 (98)	25.7 (72)	24.6 (69)	14.6 (41)	1.19	1.073
Madde 37	79.6 (223)	8.6 (24)	8.2 (23)	3.6 (10)	0.36	0.781
Madde 38	55.7 (156)	19.3 (54)	16.4 (46)	8.6 (24)	0.78	1.009

Madde 39	49.6 (139)	21.1 (59)	20.4 (57)	8.9 (25)	0.89	1.024
Madde 40	62.1 (174)	16.4 (46)	13.2 (37)	8.2 (23)	0.68	0.990
Madde 41	50 (140)	15.4 (43)	22.5 (63)	12.1 (34)	0.97	1.102
Madde 42	65 (182)	12.1 (34)	16.1 (45)	6.8 (19)	0.65	0.980
Madde 43	78.9 (221)	9.6(27)	8.9(25)	2.5 (7)	0.35	0.747
Madde 44	51.1 (143)	23.9(67)	17.5(49)	7.5 (21)	0.81	0.977
Madde 45	84.3 (236)	6.8(19)	5.7(16)	3.2 (9)	0.28	0.714
Madde 46	68.2 (191)	11.4(32)	10.7(30)	9.6 (27)	0.62	1.1016
Madde 47	48.6 (136)	21.8(61)	18.9(53)	10.7 (30)	0.92	1.049
Madde 48	79.3 (222)	7.9(22)	9.3(26)	3.6 (10)	0.37	0.797

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği maddelerinin ortalama, standart sapma ve maddelere “Yok”, “Az”, “Orta”, ”Şiddetli” diye cevap veren kişilerin sayıları ve yüzdeleri tablo 13’de görülmektedir. Maddelerin aritmetik ortalamaları $\bar{X}=0.06 \pm 0.328$ ile 1.28 ± 0.1051 arasında değişmektedir.

Tablo 14: James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği’nin Maddelerinin Analizi

Maddeler	Madde Çıkarıldığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıkarıldığında Ölçek Varyansı	Madde Ölçek Toplam Korelasyonu	Madde Çıkarıldığında Ölçek Alfası
Madde 1	25.5786	343.951	.506	.916
Madde 2	25.9571	347.575	.488	.916
Madde 3	25.6536	338.571	.677	.914
Madde 4	25.6857	343.141	.555	.915
Madde 5	25.7357	342.611	.537	.915
Madde 6	25.4321	340.189	.575	.915
Madde 7	25.5786	340.811	.574	.915
Madde 8	25.7929	345.104	.504	.916
Madde 9	26.0786	346.216	.570	.915
Madde 10	25.8036	343.807	.528	.916
Madde 11	26.0821	350.513	.460	.916
Madde 12	25.9679	347.823	.454	.916
Madde 13	26.0857	359.541	.126	.919
Madde 14	25.7286	341.281	.597	.915
Madde 15	26.2536	355.272	.364	.917
Madde 16	26.4143	361.907	.222	.918
Madde 17	26.3250	358.321	.304	.918
Madde 18	26.3750	361.425	.186	.918
Madde 19	26.3321	357.735	.345	.917
Madde 20	26.3786	360.587	.224	.918
Madde 21	26.1321	352.036	.412	.917
Madde 22	26.1536	355.048	.334	.917
Madde 23	26.0357	350.716	.430	.917

Madde 24	26.4107	362.558	.139	.919
Madde 25	26.1143	353.155	.347	.917
Madde 26	26.2643	356.912	.290	.918
Madde 27	26.2429	358.099	.225	.918
Madde 28	26.4321	363.759	.082	.919
Madde 29	25.5536	344.363	.547	.915
Madde 30	25.6714	345.684	.510	.916
Madde 31	26.0143	350.007	.448	.916
Madde 32	26.2750	356.537	.321	.918
Madde 33	26.0071	351.183	.405	.917
Madde 34	25.2143	340.391	.603	.915
Madde 35	25.8464	347.313	.455	.916
Madde 36	25.3036	340.994	.574	.915
Madde 37	26.1357	354.663	.327	.918
Madde 38	25.7143	344.563	.515	.916
Madde 39	25.6071	345.759	.475	.916
Madde 40	25.8179	349.963	.377	.917
Madde 41	25.5250	341.046	.556	.915
Madde 42	25.8464	348.353	.426	.917
Madde 43	26.1429	354.883	.336	.917
Madde 44	25.6786	351.036	.352	.917
Madde 45	26.2143	358.298	.225	.918
Madde 46	25.8750	353.701	.266	.918
Madde 47	25.5750	344.869	.486	.916
Madde 48	26.1214	359.734	.150	.919

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin madde analizi sonucu; Madde 13, Madde 18, Madde 24, Madde 28, Madde 48'in madde ölçek toplam korelasyon değeri 0.20'nin altında bulunmuştur. Madde 18'in ölçekten çıkarılması durumunda Cronbach alfa katsayısında değişiklik meydana gelmemektedir. Madde 13, Madde 24, Madde 28 ve Madde 48'in ölçekten çıkarılması durumunda Cronbach alfa katsayısında 0.001 oranında artış görülmektedir.

Tablo 15: James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyonları

Maddeler	r	p
Madde 1	.518	.000**
Madde 2	.496	.000**
Madde 3	.665	.000**
Madde 4	.542	.000**
Madde 5	.539	.000**
Madde 6	.628	.000**

Madde 7	.549	.000**
Madde 8	.492	.000**
Madde 9	.515	.000**
Madde 10	.516	.000**
Madde 11	.399	.000**
Madde 12	.422	.000**
Madde 13	.180	.002*
Madde 14	.580	.000**
Madde 15	.363	.000**
Madde 16	.201	.003*
Madde 17	.290	.000**
Madde 18	.146	.014**
Madde 19	.252	.000**
Madde 20	.225	.011*
Madde 21	.386	.000**
Madde 22	.349	.000**
Madde 23	.442	.000**
Madde 24	.127	.034*
Madde 25	.368	.000**
Madde 26	.294	.000**
Madde 27	.254	.000**
Madde 28	.068	.253
Madde 29	.556	.000**
Madde 30	.506	.000**
Madde 31	.446	.000**
Madde 32	.260	.000**
Madde 33	.366	.000**
Madde 34	.651	.000**
Madde 35	.446	.000**
Madde 36	.613	.000**
Madde 37	.304	.000**
Madde 38	.516	.000**
Madde 39	.495	.000**
Madde 40	.369	.000**
Madde 41	.571	.000**
Madde 42	.395	.000**
Madde 43	.352	.000**
Madde 44	.407	.000**
Madde 45	.224	.001**
Madde 46	.307	.000**
Madde 47	.539	.000**
Madde 48	.119	.000**

(**p<0.01, *p<0.05)

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin madde-toplam puan korelasyon sonucu; Madde 13, Madde 18, Madde 24, Madde 28, Madde 48'in madde-toplam puan korelasyon değeri 0.20'nin altında bulunmuştur. Madde 28

dışındaki tüm maddelerin madde-toplam puan korelasyonu için hesaplanan p değeri istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur.

3.2.2.2. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Katsayıları

Tablo 16: James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Katsayıları

Ölçek Alt Boyutları ve Toplam Puan	Madde Sayısı	Cronbach Alfa Katsayısı
Duygusal Sorunlar	14	.875
Manevi/Dini Konularla İlgili Sorunlar	4	.549
Sağlık Bakımı ile İlgili Sorunlar	4	.559
Sosyal Sorunlar	6	.596
Bilişsel Sorunlar	3	.826
Fiziksel Belirtiler	17	.837
Toplam Puan	48	.918

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları, Duygusal Sorunlar için 0.875, Manevi/Dini Konularla ile İlgili Sorunlar için 0.549, Sağlık Bakımı ile İlgili Sorunlar için 0.559, Sosyal Sorunlar için 0.596, Bilişsel Sorunlar için 0.826, Fiziksel Belirtiler için 0.837 olarak bulunmuştur. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Cronbach alfa katsayısı ise, 0.918 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 17: James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Madde Sayısı, Ortalama, Varyans, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum Puan Değerleri

Alt Boyutlar	Ölçek Maddeleri	Alınabilecek En Düşük-En Yüksek Puan	\bar{X}	SS	Varyans	Min.	Max.
Duygusal Sorunlar	1,2,3,4,5,6,7,8, 9,10,11,12,13, 14	0-42	9.74	8.558	73.247	0	39
Manevi/Dini Konular ile İlgili Sorunlar	15,16,17,18	0-12	.60	1.351	1.824	0	8
Sağlık Bakım ile İlgili Sorunlar	19,20,21,22	0-12	.98	1.703	2.889	0	9

Sosyal Sorunlar	23,24,25,26,27,28	0-12	1.46	2.317	5.367	0	13
Bilişsel Sorunlar	29,30,31	0-9	2.24	2.395	5.738	0	9
Fiziksel Belirtiler	32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48	0-51	11.48	8.402	70.602	0	39
Toplam Puan	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48	0-144	26.49	19.102	364.896	0	104

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin alt boyut puanları incelendiğinde; Duygusal Sorunlar alt boyutunun ortalamasının 9.74 ± 8.558 olduğu ve alınan puanların 0 ile 39 arasında değiştiği, Manevi/Dini Konular ile İlgili Sorunlar alt boyutunun ortalamasının 0.60 ± 1.351 olduğu ve alınan puanların 0 ile 8 arasında değiştiği, Sağlık Bakımı ile İlgili Sorunlar alt boyutunun ortalamasının 0.98 ± 1.703 olduğu ve alınan puanların 0 ile 9 arasında değiştiği, Sosyal Sorunlar alt boyutunun ortalamasının 1.46 ± 2.317 olduğu ve alınan puanların 0 ile 13 arasında değiştiği, Bilişsel Sorunlar alt boyutunun ortalamasının 2.24 ± 2.395 olduğu ve alınan puanların 0 ile 9 arasında değiştiği ve Fiziksel Belirtiler alt boyutunun ortalamasının 11.48 ± 8.402 olduğu ve alınan puanların 0 ile 39 arasında değiştiği saptanmıştır. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin toplam puanın ortalamasının 26.49 ± 19.102 olduğu ve alınan en düşük puanın 0 en yüksek puanın 104 olduğu saptanmıştır.

3.2.2.3. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Devamlılık/Süreklilik/Zamana Karşı Değişmezliğinin Belirlenmesi

Zaman karşı değişmezlik daha çok tekrar test tekniği olarak bilinir (18). James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Test-Tekrar Test güvenilirlik analizi için araştırmaya katılan 30 kişiye birinci uygulamadan iki hafta sonra ölçek tekrar uygulanmıştır.

Tablo 18: James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin ve Alt Boyutlarının Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları

Birinci ve İkinci Uygulama Ölçek Alt Boyutları ve Toplam Puan Arasındaki İlişki (n=30)	Soru Sayısı	r	p
Duygusal Sorunlar	14	.998	.000**
Manevi/Dini Konular ile İlgili Sorunlar	4	.994	.000**
Sağlık Bakım ile İlgili Sorunlar	4	.984	.000**
Sosyal Sorunlar	6	.949	.000**
Bilişsel Sorunlar	3	.978	.000**
Fiziksel Belirtiler	17	.998	.000**
Toplam Puan	48	.998	.000**

(*p<0.01, **p<0.05)

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin zamana karşı değişmezliğini belirlemek için birinci ve ikinci uygulama alt ölçek toplam puan ve ölçek toplam puan korelasyonları karşılaştırıldığında aralarında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. (**p<0.01)

3.3. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin İçerisinde Ek Bilgi Almak İçin Yer Alan (Ölçek Puanlamasına Dahil Edilmeyen) Sekiz Soru Hakkındaki Bulgular

Tablo 19: James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği Toplam Puanının Cinsiyete Göre İncelenmesi

Cinsiyet	James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği Toplam Puan Ortalaması
Kadın	29.58±19.594
Erkek	20.57±16.680

Tablo 19'da James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin toplam puan ortalaması kadınlarda 29.58±19.594, erkeklerde 20.57±16.680 olarak bulunmuştur. Kadın katılımcıların ölçek toplam puanlarının erkek katılımcılardan fazla olduğu belirlenmiştir.

Tablo 20: Bireylerin James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nde Bulunan Evet/Hayır Şeklinde Yanıtlanan Yedi Soruya (Ölçek Puanlamasına Dahil Edilmeyen) Verdikleri Cevapların Dağılımı

Sorun ve Endişeler	n	%
Cinsellikle ilgili sorun yaşıyor musunuz?		
Evet	56	20
Hayır	224	80
Cinsellikle ilgili sorununuz hakkında bilgi almak ister misiniz?		
Evet	33	11.8
Hayır	247	88.2
Konuşmada zorluk/yutkunmada zorluk yaşıyor musunuz?		
Evet	30	10.7
Hayır	250	89.3
Konuşmada zorluk/yutkunmada zorluk sorununuz hakkında bilgi almak ister misiniz?		
Evet	20	7.1
Hayır	260	92.9
Beslenme/ diyet ile ilgili endişeleriniz var mı?		
Evet	51	18.2
Hayır	229	81.8
Beslenme/ diyet ile ilgili endişeleriniz hakkında bilgi almak ister misiniz?		
Evet	44	15.7
Hayır	236	84.3
Aile ve arkadaşların nasıl baş edeceklerine dair endişe yaşıyor musunuz?		
Evet	47	16.8
Hayır	233	83.2
Aile ve arkadaşların nasıl baş edeceklerine dair endişeleriniz hakkında bilgi almak ister misiniz?		
Evet	36	12.9
Hayır	244	87.1
Sigara ya da tütün ürünlerinin kullanımı ile ilgili sorun yaşıyor musunuz?		
Evet	26	9.3
Hayır	254	90.7
Sigara ya da tütün ürünlerinin kullanımı ile ilgili sorunlarınız hakkında bilgi almak ister misiniz?		
Evet	9	3.2
Hayır	271	96.8
Alkol, keyif amaçlı madde kullanımı ya da tedavi için verilen ilaçların kötüye kullanımı ile ilgili sorun yaşıyor musunuz?		
Evet	2	0.7
Hayır	278	99.3
Alkol, keyif amaçlı madde kullanımı ya da tedavi için verilen ilaçların kötüye kullanımı ile ilgili sorunlarınız hakkında bilgi		

almak ister misiniz?		
Evet	1	0.4
Hayır	279	99.6
Malulen emekli olmayı belgelemek ile ilgili sorun yaşıyor musunuz?		
Evet	21	7.5
Hayır	259	92.5
Malulen emekli olmayı belgelemek ile ilgili sorunlarınız hakkında bilgi almak ister misiniz?		
Evet	21	7.5
Hayır	259	92.5

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nde puanlamaya dahil edilmeyen, ölçeğin orijinal formunda klinikte ek bilgi sağlamak ve başka olası sorunların gözden kaçmasını engellemek amacıyla yedi tane Evet/Hayır şeklinde yanıtlanan soru bulunmaktadır. Ölçeğin orijinal formunda bulunan bu 7 soru içerisinde; Amerika'daki sağlık sigorta sistemi ile ilgili bir soru bulunmaktadır (132). Bu sorunun Türk toplumu için uygun olmaması ve bu 7 sorunun ölçek puanlamasına katılmaması nedeniyle ölçek sahibinden izin alınarak bu soru "Malulen Emekli Olmayı Belgelemek ile İlgili Sorunlar" olarak değiştirilmiştir. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin geçerlik güvenirlik çalışmasında ve orijinal ölçeğin geliştirilmesi çalışmasında bu yedi soru puanlamaya dahil edilmemiştir. Bu çalışmada da ek bilgi sağlama açısından bu sorulara yer verilmiştir. Verilen cevaplar incelendiğinde; cinsellikle ilgili sorun olup olmadığını sorgulayan soruya katılımcıların %20'si (n=56) evet cevabını vermiştir. Alkol, keyif amaçlı madde kullanımı ya da tedavi için verilen ilaçların kötüye kullanımı ile ilgili sorun olup olmadığını sorgulayan soruya katılımcıların %0.7'si (n=2) evet cevabını vermiştir. Bilgi almak için gönüllü olup olmamanın sorgulandığı kısımda ise; katılımcıların %15.7'si (n=44) Beslenme/ Diyet ile ilgili endişeler hakkında bilgi almak istemiştir. Alkol, keyif amaçlı madde kullanımı ya da tedavi için verilen ilaçların kötüye kullanımı ile ilgili sorunlar hakkında bilgi almak isteyip istenmediğinin sorgulandığı soruya katılımcıların % 0.4'ü (n=1) evet cevabını vermiştir.

Tablo 21. Bireyler İçin En ok Duygusal Sıkıntı Oluşturan Durumların Dağılımı

şuanda sizin en çok duygusal sıkıntı oluşturan şey nedir?	n	%
Sürecin Belirsizliği	166	59.3
Fiziksel Yetersizlik	41	14.6
Dış Görünüş	19	6.8
Maddi Durum	21	7.5
ocuklarının Geleceğini Düşünmek	33	11.8

Araştırmaya katılan bireylerin %59.3'ü (n=166) kendileri için en çok sıkıntı oluşturan durumun; tedavi sürecin belirsizliği olduğunu belirtmiştir.



BÖLÜM IV

4.TARTIŞMA

4.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Araştırma kapsamına alınan bireylerin %65.7'sinin (n=184) kadın olduğu, %34.3'nün (n=96) erkek olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Wells-Di Gregorio ve arkadaşlarının tarafından 2013 yılında yapılan James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin (The James Supportive Care Screening) geliştirilmesi çalışmasında; açıklayıcı faktör analizinin yapıldığı 596 kişilik örneklem grubunun, %48'nin (n=286) kadın, %52'sinin (n=310) erkek olduğu bildirilmiştir (132). Sycks'nin 2015 yılında James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'ni (The James Supportive Care Screening) kullanarak 78 beyin tümörü tanısı almış bireyle yaptığı çalışmada; bireylerin %42'sinin (n=33) kadın ve % 58'nin (n= 45) ise erkek olduğu saptanmıştır (84). Akyolcu'nun 2001 yılında kanser tanısı almış bireylerin yaşadıkları distressin, hemşireler ve hastalar tarafından algılanmasını değerlendirmek amacıyla 100 kanser tanısı almış bireyle yaptığı çalışmada; bireylerin %60'nın (n=60) erkek ve %40'nın (n=40) kadın olduğu saptanmıştır (10). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı'nın 2008 verilerine göre ise, Türkiye'deki kanser vakalarının 2/3'ünü erkekler oluştururken 1/3'ünü kadınlar oluşturmaktadır (142). James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin (The James Supportive Care Screening) Türk toplumu için geçerlik güvenirlik çalışmasının yapıldığı bu çalışmada, diğer yapılan araştırmaların aksine; araştırmaya gönüllü olarak katılan kadın sayısının erkek sayısından fazla olduğu saptanmıştır. Araştırmaya gönüllü olarak katılan erkek sayısının kadın sayısından düşük olmasının sebebinin; James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin (The James Supportive Care Screening) yaşanan distressi ölçmesi ve duygulara odaklanması nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Araştırma için sözlü onam alınmadan önce, ölçeğin yaşanan duygusal sıkıntıyı ölçtüğü sözel olarak açıklanmıştır. Erkek katılımının daha az olmasının sebebinin, erkeklerin duygularını açıklama konusunda daha az istekli olmalarından kaynaklandığı düşünülmüştür. Akan ve Barışkın'ın 2016 yılında yapılan Kültür Ve Cinsiyet Bağlamında Berkeley Duygu İfadesi Ölçeği'nin geçerlik

güvenirlilik çalışmasında; erkeklerin duygularını gizleme eğilimin kadınlardan fazla olduğu bildirilmiştir (143). Yine yapılan benzer çalışmalarda kadınların duygularını ifade etme oranının kültür etkisiyle ve toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle erkeklerden daha fazla olduğu belirtilmektedir (144, 145). Literatürdeki bu bilgiler, araştırmaya erkek katılımının kadınlara göre daha az olmasının sebebini açıklar niteliktedir.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin medeni durumu incelendiğinde; %79.6'sının(n= 223) evli, %8.6'sının(n=24) bekar, %11.8'nin(n=33) eşi vefat etmiş ya da boşanmış olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Wells-Di Gregorio ve arkadaşlarının 2013 yılında James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin geliştirilmesi çalışmasında; araştırmaya katılan bireylerin %54'nün (n=322) evli ya da partnerinin olduğu, %23'ünün (n=137) boşanmış ya da eşi vefat etmiş olduğu saptanmıştır (132). Akyolcu'nun (2001) kanser tanısı almış bireylerin yaşadıkları distresin hemşireler ve hastalar tarafından algılanmasını incelemek amacıyla yaptığı çalışmada; araştırmaya katılan bireylerin %72'sinin (n=72) evli olduğu bildirilmiştir (10). Araştırma bulguları evli olma oranlarının en yüksek olması nedeniyle, yapılan bu araştırmalar ile benzer özellikler göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin eğitim durumları incelendiğinde; %39.3'nün (n=110) okur-yazar olmadığı ve/veya ilk okul mezunu olduğu, %40.4'nün (n=113) ortaokul ya da lise mezunu olduğu, %20.4'nün (n=57) üniversite ya da lisansüstü mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Akyolcu'nun(2001) kanser tanısı almış bireylerin yaşadıkları distresin hemşireler ve hastalar tarafından algılanmasını incelemek amacıyla yaptığı çalışmada ise; bireylerin %40'nın (n=40) ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır (10). İki araştırmadaki ilkokul mezunu olan birey sayısı benzerlik göstermektedir. Dedeli ve arkadaşlarının(2008) kanser tanısı almış bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada; araştırmaya katılan 105 kanser tanısı almış bireyin %22.9'nun (n=24) fakülte ya da yüksek okul mezunu olduğu bildirilmiştir (146). Bu araştırmadaki fakülte ya da yüksekokul mezunu olma oranı, James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin (The James Supportive Care Screening) geçerlik güvenirliğini incelemek amacıyla yapılan araştırmadaki üniversite ya da lisansüstü mezunu olma oranı ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin; %44.3'ünün (n=124) emekli, %5'nin (n=14) memur olduğu, %13.2'sinin (n=37) işçi olduğu ve %36.8'nin (n=103) çalışmadığı saptanmıştır (Tablo 3). Akyolcu'nun (2001) kanser tanısı almış bireylerin yaşadığı distresin hemşireler ve hastalar tarafından algılanmasını incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada; bireylerin %43'nün (n=43) emekli olduğu saptanmıştır. Araştırma bulguları, Akyolcu'nun (2001) araştırmasında belirlenen emekli olan birey sayısı ile benzer özellik göstermektedir (10). Gelin ve Ulus'un (2015) hastanede kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, araştırmaya katılan bireylerin %39.7'sinin (n=46) çalışmadığı bildirilmiştir (147). James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin (The James Supportive Care Screening) geçerlik güvenirliğini incelemek amacıyla yapılan araştırmadaki çalışmayan birey sayısı, bu araştırma ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin %41.1'nin (n=115) gelir düzeyinin giderden az olduğu, %50.4'nün (n=141) gelir ve gider düzeylerinin eşit olduğu ve %8.5'nin (n=24) gelir düzeyinin giderden fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Gelin ve Ulus'un (2015) hastanede kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörleri incelemek amacıyla 116 bireyle yaptıkları çalışmada; bireylerin %65.5'nin (n=76) ekonomik durumunun orta düzeyde olduğunu bildirmiştir (147). James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin geçerlik güvenirliğini incelemek amacıyla yapılan çalışmada; bireylerin gelir ve gider düzeyi eşit olanların sayısının en fazla olması, bu araştırmadaki ekonomik durumu orta olanların en yüksek olması ile benzer özellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 51.92 ± 12.225 olarak bulunmuştur. Eylon'in 2002 yılında kanser hastalarında Sosyal Destek Ölçeğinin geçerlik, güvenirliğini belirlemek amacıyla 89 kanser tanısı almış bireyle yaptıkları çalışmada; yaş ortalamasının 49.7 ± 13.88 olduğu bildirilmiştir (148). James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin geçerlik güvenirliğini incelemek amacıyla yapılan araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması bu çalışma ile yaklaşık olarak benzer özellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin %85.7'sinin (n=240) çocuk sahibi olduğu ve %14.3'nün (n=40) çocuk sahibi olmadığı saptanmıştır (Tablo 4). Tökgöz ve arkadaşlarının (2008) kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili

etkenleri incelemek amacıyla 100 kanser tanısı almış birey ile yaptıkları çalışmada; bireylerin %89'unun (n=89) çocuk sahibi olduğu, %11'in (n=11) ise çocuk sahibi olmadığı belirtilmiştir (149). Araştırma bulguları bu çalışma ile benzer bulgular göstermekte olup, her iki çalışmada da katılımcıların %85'den fazlasının çocuk sahibi olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin beraber yaşanılan kişi açısından durumları incelendiğinde; %93.2'sinin (n=261) ailesi ile beraber yaşadığı, %6.8'nin (n=19) yalnız yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4). Akyolcu'nun (2001) 100 kanser tanısı almış bireyle yaptıkları çalışmada; bireylerin %99'nun (n=99) ailesi ile beraber yaşadığı sadece %1'nin (n=1) yalnız yaşadığı bildirilmiştir (10). Dedeli ve arkadaşlarının (2008) kanserli tanısı almış bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada; araştırmaya katılan 105 bireyin sadece %3.8'nin (n=4) yalnız yaşadığı belirlenmiştir (146). Araştırma verileri bu iki çalışma ile paralellik göstermektedir. Yalnız yaşayan birey sayısının, aile ile beraber yaşayan birey sayısına göre, oldukça düşük oranda olduğu üç çalışmada da görülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin; %89.3'ü (n=250) tedavi süresince kendisine destek olan birinin olduğunu belirtirken, %10.7'si (n=30) tedavi süresince kendisine destek olan birinin olmadığını belirtmiştir (Tablo 4). Ayrıca tedavi süresince, katılımcıların %60,4'üne (n=169) eş, %16.4'üne (n=46) anne, baba, %9.6'sına (n=27) çocuk ve %13.6'sına (n=38) bakıcı ya da uzak akraba gibi kişilerin destek olduğu saptanmıştır. Akyolcu'nun (2001) 100 kanser tanısı almış bireyle yaptıkları çalışmada; bireylerin hastanede kaldıkları sürede, %79'una (n=79) yardımcı olan birinin olduğunu ve 79 kişinin %62.07'sine (n=54) ise anne, baba, eş tarafından destek olunduğu bildirilmiştir (10). Her iki çalışmada da destek alınan kişiler arasında çeşitli farklılıklar olmasına rağmen; her iki çalışmada da bireylerin %78'den fazlasına tedavi süresince birisi destek olmaktadır. Bu desteğin en fazla eş, anne ve baba tarafından sağlandığı her iki çalışma da görülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerde bulunan kanser tanılarını incelendiğinde; %0.7'sinin (n=2) baş-boyun, %15'nin (n=42) jinekolojik, %5'nin (n=14) akciğer, %38.2'sinin (n=107) meme, %2.1'nin (n=6) beyin, %27.9'nun (n=78) GİS (kolorektal, pankreas, mide, karaciğer) %3.1'nin (n=9) cilt ve %7.9'nun (n=22) bu gruplara girmeyen diğer kanser tanılarına sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Gelin ve Ulus'un (2015)

hastanede kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörleri incelemek amacıyla 116 bireyle yaptıkları çalışmada; bireylerin en yüksek oran olan % 31.9 (n=37) ile meme kanseri tanısı aldığı bildirilmiştir. Araştırma bulguları en sık görülen kanser türünün meme kanseri olması nedeniyle, bu araştırma ile paralellik göstermektedir (147). Hintistan ve arkadaşlarının (2015) kemoterapi alan 180 kanser tanısı almış bireyle, psikolojik semptomları belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; GİS kanserinin %35.6 (n=64) ile en yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir (150). James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin geçerlik güvenirliğini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada ise; bireylerin en yüksek oran olan %38.2 (n=107) ile meme kanseri tanısı almış olduğu saptanmıştır. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin geçerlik güvenirlik çalışmasında; en sık görülen kanser türünün meme kanseri olmasının nedeninin, araştırmaya katılan kadın sayısının erkek sayısından fazla olması nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Çünkü meme kanseri ülkemizde ve dünyada kadınlarda en sık görülen kanser türüdür (142).

Araştırmaya katılan bireylerin %78.2'sinin (n=119) kanser hastalığının evresine ulaşabilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %21.8'nin (n=61) kanser evresine evrenin henüz belirlenmemesi ya da kayıt sistemindeki boşluk nedeniyle ulaşamamıştır. Katılımcıların %37.1'nin (n=104) 4.evrede, %16.4'nün (n=46) 2.evrede, %15.7'sinin (n=44) 3.evrede ve %8.9'nun(n=25) 1.evrede olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Hindistan'ın (2015) kanser tanısı almış bireylerde psikolojik semptomları belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada katılımcıların en yüksek oran olan %41,1 (n=74) ile birinci evrede olduğu saptanmıştır (150). James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeğinin geçerlik güvenirliğinin incelendiği çalışmada ise; katılımcıların en yüksek oran olan %37.1 (n=104) ile 4.evrede olduğu saptanmıştır. Bu iki çalışmadaki bulgular birbirine uymamaktadır. Wells-Di Gregorio ve arkadaşlarının 2013 yılında James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin geliştirilmesi için yaptıkları çalışmada ise; katılımcıların en yüksek oran olan %53 (n=316) ile kanserin 3. ya da 4. evresinde olduğu saptanmıştır (132). James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin geçerlik güvenirliğini incelemek amacıyla yapılan çalışmada; 3. ve 4. evrede olan birey sayısı, evresi belirlenebilen toplam birey sayısının (n=119)

%52.8'ini (n=148) oluşturmaktadır. Araştırmanın bulguları ölçeğin geliştirildiği çalışma ile bu kapsamda benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin %68.6'sı (n=192) kanser dışında fiziksel hastalığı olmadığını belirtirken, %96.4'ü (n=270) ruhsal bir hastalık bulunmadığını bildirmiştir (Tablo 5) . Karabulutlu ve Karaman'ın 2015 yılında kanser tanısı almış bireylerin hastalık algısını değerlendirmek amacıyla 192 bireyle yaptıkları çalışmada; katılımcıların %85.9'nun (n=165) kanser dışında bir hastalığının bulunmadığı bildirilmiştir (151). Her iki çalışma; bireylerin %50'den fazlasında kanser dışında herhangi bir fiziksel hastalık bulunmaması sebebiyle benzer sonuç göstermiştir. Tökgöz ve arkadaşlarının (2008) kanser tanısı almış bireylerde majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenleri incelemek amacıyla 100 bireyle yaptıkları çalışmada, katılımcıların %22'sinin (n=22) majör depresyon yaşadığı bildirilmiştir (149). Literatürde kanser tanısı almış bireylerde psikiyatrik hastalık görülme oranının %30-40 arasında değiştiği bildirilmektedir (152). Araştırmaya katılan bireylerin sadece %3.6'sı (n=10) ruhsal hastalık tanısı aldığını belirtilmiştir. Bu oranın oldukça düşük olmasının sebebinin, damgalama korkusu nedeniyle olabileceği düşünülmektedir (153,154).

4.2. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Hemşirelerin bireylerin tutum, davranış ve benzeri özellikleri hakkında doğru bilgi toplamaları için standart ölçüm araçlarını kullanmaları oldukça önemlidir. Son yıllarda hemşirelik alanında yapılan çalışmalar incelendiğinde; giderek artan oranlarda geçerlik güvenirliliği yapılan ölçek ya da soru formlarının kullanıldığı görülmektedir. Ünsal ve Ergün'ün (2010) 1991-2008 yıllarında ulusal literatürde hemşirelik alanında yapılan 90 çalışmayı incelemeleri sonucunda; araştırmaların %36.1'inde araştırmacıların kendileri tarafından geliştirilen ya da Türkçe'ye uyarlanan ölçek/skala formlarının kullanıldığı bildirilmiştir (118).

Hemşirelik araştırmalarında da kullanılan kültürlerarası ölçek uyarlaması; dikkatli bir araştırma gerektiren sistematik çalışmalar bütündür. Farklı bir dil ve kültürde geliştirilen bir ölçeğin başka bir kültüre uyarlanması basit bir çeviri işlemi değildir. Geliştirilen bir ölçeğin başka bir ülke içinde standart bir ölçüm aracı haline gelebilmesi için; çeşitli psikolinguistik (dil uyarlaması) ve psikometrik (geçerlik-

güvenirlilik) işlemleri içeren kültürlerarası ölçek uyarlamasının yapılması gerekmektedir (116).

Kültürlerarası ölçek uyarlamasının yapılmasının çeşitli yararları bulunmaktadır. Daha önceden geliştirilerek uluslararası düzeyde kullanılan bir ölçeğin, Türkçe'ye uyarlanması; ölçeğin çeşitli örneklem grupları ile elde edilen sonuçlarının kıyaslanmasını ve standart düzeyde benzer veriler elde edilmesini sağlayacaktır. Kültürlerarası ölçek uyarlamasının, yapılması yeni bir ölçek geliştirilmesine kıyasla daha kısa sürede yapılabilmektedir. Bu durum araştırmacıların farklı araştırmalar için ayıracakları zaman diliminin artmasını sağlayacaktır. Ek olarak bulunan veriler, ölçeğin geliştirilmesi sırasında elde edilen verilerle karşılaştırılabilir. Bu durum literatüre yeni bilgi kazandırılması açısından da faydalıdır (128,129).

Bu sebeplerden dolayı bu araştırmada, kanser hastalarının yaşadıkları distres düzeyini ve sorun yaşadıkları alanları ayrıntılı bir şekilde belirlenmesini sağlayan James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenirliğini belirlemek amaçlanmıştır.

4.2.1. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Geçerlik Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Geçerlik kısaca bir ölçeğin, ölçmek istediği özelliği başka özelliklerle karıştırmadan, doğru ölçebilme derecesidir. Bir ölçeğin kullanıma geçmeden önce geçerliliğinin incelenmesi ve ölçülmesi gereklidir. Literatürde bir ölçeğin geçerli olabilmesi için birden fazla geçerlilik yöntemiyle incelenmesi gerektiği üzerinde durulmaktadır (18,116). Bu sebeple James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin geçerliğini sınamak için içerik/kapsam, yüzeysel geçerlik, yapı geçerliği ve ölçüt/bağıntılı geçerlik yöntemleri kullanılmıştır.

4.2.1.1. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Dil Geçerliliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmaların İncelenmesi

Ölçeğin geçerlilik çalışmaları kapsamında öncelikle, dil eşdeğerliliği uygulamasına başvurulmuştur. Ölçek bir psikolog, bir psikolojik danışmanlık ve rehberlik uzmanı, bir çevirmen ve iki ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği uzmanı tarafından (beş uzman) İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Bu çeviriler araştırmacı

ve tez danışmanı tarafından incelenmiş ve en uygun ifadeler kullanılarak ölçeğin Türkçe formu hazırlanmıştır. Ölçeğin hazırlanan Türkçe formu anadili İngilizce olan ve uzun yıllardır Türkiye’de yaşayan iki çevirmen tarafından İngilizce’ye tekrar çevrilmiştir. Bu çevirilerdeki ifadeler ile orijinal ölçek karşılaştırılmış ve düzeltmeler yapıldıktan sonra içerik/kapsam geçerliği için on uzman görüşüne sunulmuştur.

Kültürlerarası ölçek uyarlaması yapılırken dil eş değerliğinin yapılmasında çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Gözüm ve Aksayan (2002) bir ölçeği çevirirken kullanılabilir iki yöntemden bahsetmiştir. Birincisi grup çevirisi yöntemidir. Grup çevirisi yönteminde, ölçeğin orijinal dili ve çevrilmek istenen hedef dili bilen iki ya da daha fazla kişi tarafından birlikte ya da ayrı ayrı çevrilmesi yöntemidir. Bu çeviri yönteminde çeviri için grup üyeleri ya ortak bir fikre varır ya da ayrı ayrı yapılan çeviriler bağımsız bir gözlemci tarafından değerlendirilerek en uygun şekli seçilir (128,129). James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği’nin grup çevirisi bir psikolog, bir psikolojik danışmanlık ve rehberlik uzmanı, bir çevirmen ve iki ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği uzmanından oluşan 5 kişilik grup tarafından yapılmıştır. Çeviriler bağımsız gözlemci olarak araştırmacı ve tez danışmanı tarafından incelenmiş ve en uygun ifadeler seçilmiştir. Literatürde grup çevirisin dil geçerliliği için tek başına yeterli bir uygulama olmadığı belirtilmektedir (128,129). Bu sebeple bir diğer çeviri yöntemi olan geri çeviri yöntemi de kullanılmıştır. Geri çevirme yöntemi en az iki bağımsız çevirmen tarafından yapılmalıdır. Çeviri işlemi tamamlandıktan sonra çevirmenlerin çeviri konusunda fikir birliğine varması gerekmektedir (128,129). James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği’nin geri çeviri yönteminde, ölçeğin grup çevirisi sonucunda oluşan Türkçe formu anadili İngilizce olan ve uzun yıllardır Türkiye’de yaşayan iki çevirmen tarafından İngilizce’ye çevrilmiştir ve çevirmenlerin ortak görüşleri alınmıştır. Elde edilen form, araştırmacı ve tez danışmanı tarafından ölçeğin orijinal yapısı ile karşılaştırılmış ve en uygun ifadeler seçilerek ölçek Türkçe son halini almıştır.

4.2.1.2. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği’nin İçerik/Kapsam Geçerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmaların İncelenmesi

İçerik/kapsam geçerliğinin öncelikli olarak ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılması gerektiği vurgulanırken, kültürlerarası ölçek uyarlamasında da kullanılması gerekmektedir. İçerik/kapsam geçerliği yapılırken genellikle uzman

görüşüne başvurulur. Kültürlerarası ölçek uyarlamasında, uzmanlardan ölçeğin maddelerinin anlaşılır ve anlamlı olması açısından değerlendirilmesi istenir (129). İçerik ve kapsam geçerliği için değerlendirme yapması isten uzman sayısının 5 ile 40 arasında olması gerekmektedir (18). James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin dil eş değeri sağlandıktan sonra içerik/kapsam geçerliğinin sağlanması amacıyla on uzman görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Davis tekniği kullanılmıştır. Davis tekniğinde, uzmanlardan her bir maddeyi A) Uygun, B) Madde Hafifçe Gözden Geçirilmeli, C) Madde Ciddi Olarak Gözden Geçirilmeli, D) Madde Uygun Değil şeklinde değerlendirilmesi istenmektedir. Daha sonra Davis tekniğinde A ve B seçeneğini işaretleyen uzman sayısı toplam uzman sayısına bölünerek "Kapsam Geçerlik İndeksi"(KGİ) belirlenir. Literatürde Kapsam Geçerlik İndeksinin her madde için en az 0.80 olması gerektiği belirtilmektedir (135). James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin tüm maddelerinin uzman görüşleri sonrasında belirlenen KGİ oranı 0.80'nin üzerinde bulunmuştur (Tablo 6). Akduman ve Cantürk'ün (2010) yaptığı Cinsel İstismara Uğrayan Çocuklara Karşı Tutum Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında (155) ve Acaroğlu'nun (2014) Revize Edilen Hemşirelerin Mesleki Değerleri Ölçeği Türkçe Formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında (156) bu çalışmaya benzer şekilde Davis tekniğinin kullanıldığı görülmektedir. Uzman görüşüne göre ölçekteki tüm maddelerin kapsam geçerlik indeksi 0.80 üzerinde bulunmuştur. Ancak madde 6 için 1 uzman "madde uygun değil" madde 11 için 1 uzman "madde uygun değil", madde 19 için bir uzman "madde ciddi olarak gözden geçirilmeli", madde 20 için ise 1 uzman "madde ciddi olarak gözden geçirilmeli" seçeneklerini işaretlemiştir. Ölçek maddelerinin kapsam geçerlik indeksleri yeterli olmasına rağmen, bu maddeler için uzmanların önerileri dikkate alınarak minör değişiklikler yapılmıştır. Madde 6= "Yapmak İstedığınız Şeyi Fiziksel Olarak Yapamama ile Başa Çıkma", "Fiziksel Yetersizlikle Başa Çıkma" şeklinde, Madde 11 = "Ölüm/Ölüme Yaklaşma Korkusu", "Ölümden Korkma/Ölüyor Olmaktan Korkma" şeklinde, Madde 19="Uygun Sağlık Bakımına Karar Verme Hakkındaki Endişeler", " Uygun Tedaviye Karar Verme ile İlgili Endişeler" şeklinde ve Madde 20="Sağlık Personeli İle Olan İletişim Sorunları", "Sağlık Ekibiyle Olan İletişim Sorunları" şeklinde düzeltilmiştir.

Ölçeğin içerik/kapsam geçerliği tamamlandıktan sonra, yüzeysel geçerlik için ölçek araştırma kapsamına alınmayan ve ayakta kemoterapi tedavisi alan 15 kanser tanısı almış bireye uygulanmıştır. Bu yöntemde bireylere ölçeğin anlaşılır olup olmadığı, okunabilirliği gibi konularda fikir sorulur (136). Ölçeğin yüzeysel geçerliği için bireyler, ölçek maddelerinin okunabilirliği, anlaşılabilirliği ve sıralaması ilgili yorum bildirilmişlerdir. 15 hastadan alınan yorumlar doğrultusunda 38. soru olan “Uykulu Hissetme” sorusunun yanına daha anlaşılır olması için sersemlik ifadesi eklenmiştir. Böylece 38. Soru “Uykulu Hissetme/Sersemlik” olarak son halini almıştır. 31. Soru “Zihin Karmaşıklığı” 15 bireyden alınan yorumlar sonrasında “Zihin Bulanıklığı” olarak değiştirilmiştir. Ek olarak “ İnanmışınız Yüce Varlıkla Olan İlişkiniz Hakkındaki Endişeler” hastalardan alınan yorumlarla “Allah ya da İnanılan Yüce Varlıkla Olan İlişki/Bağ ile İlgili Endişeler” olarak değiştirilmiştir. Yapılan değişikliklerden sonra James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği son halini almıştır.

4.2.1.3. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Yapı Geçerliği Sonuçlarının İncelenmesi

Birçok özellik doğrudan ölçülemez. Her özelliğin içerisinde kendine özgü öğeleri bulunmaktadır. Bu öğeler örtük bir şekilde özelliğin içerisinde yer almaktadır. Birbiriyle ilişkili olan bu öğelerin ön görülen yapıyı belirleyip belirlemediğinin incelenmesi gereklidir. Farklı yöntemler olmasına karşın ölçeklerin yapı geçerliliğinin belirlenmesinde genellikle faktör analizinden yararlanılır. Günümüzde kültürlerarası ölçek uyarlaması çalışmalarında Doğrulayıcı Faktör Analizi'nin (DFA) kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Ayrıca literatürde kültürlerarası ölçek uyarlaması çalışmalarında; Doğrulayıcı Faktör Analizi'nin (DFA) kullanılmasının, Açıklayıcı Faktör Analizi'nin (AFA) kullanılmasına göre daha uygun olduğu belirtilmektedir (121). Bir araştırma yöntemi olan Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA), yapısal eşitlik modellemesinin (YEM) bir türüdür. Doğrulayıcı Faktör Analizi Karl Joreskog tarafından 1969'da geliştirilmiştir. DFA bir ölçeğin faktör yapısını belirlemek için kullanılmaktadır. DFA'da faktör yapısı belirlenirken, daha önceden oluşturulmuş kuramsal bir bilgi ve teoriden yararlanılır. Kültürlerarası ölçek uyarlamasında DFA kullanılarak, daha önceden geliştirilmiş bir ölçeğin kuramsal yapısına, geçerlik güvenirlik çalışmalarında elde edilen verilerle

oluşan yeni yapının uyup uymadığı değerlendirilir. Kısaca orijinal ölçeğin var olan örüntüsünün geçerlik güvenirlik çalışması için toplanan veri tarafından doğrulanıp doğrulanmadığı incelenir. Böylece oluşan yeni modelin, orijinal model ile uyumu incelenmiş olur. DFA'nın hemşirelik çalışmalarında kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. DFA'nın en önemli özelliği birçok değişkenin bir arada bilimsel olarak neyi ifade ettiğinin açıklanmasıdır (123).

Faktör analizine başlanmadan önce örneklem büyüklüğünün sınanması gerekmektedir. Literatürde faktör analizine uygunluk için örneklem büyüklüğü hakkında çeşitli görüşler bulunmaktadır. Alpar (2014) ölçekteki toplam madde sayısının 5 ile 20 katı arasında örneklem alınması gerektiğini önermektedir (18). Gorsuch (1983) ise faktör analizinde madde sayısından bağımsız olarak en az 100 kişilik örneklem alınmasını önermektedir (157) Hatcher (1994) ise bu bilgiye ek olarak madde sayısının en az beş katı örneklemin alınmasını önermektedir (158). James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği 48 maddeden oluşmaktadır. Araştırmada ulaşılan 280 kişilik örneklem grubu literatürdeki bu üç öneriyi destekler niteliktedir.

Ek olarak James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin faktör yapısı incelenmeden önce örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO-örneklem yeterliliği) Analizi ve örneklemin faktör analizi için uygun olup olmadığını değerlendirmek için Bartlett's Test of Sphericity analizi ve örneklem gücünü belirlemek için Power Analiz yöntemi kullanılmıştır (Tablo 7).

Örneklem grubunun faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO Örneklem Yeterliliği Ölçüsü) sonucu 0.845 olarak bulunmuştur. KMO değerinin sıklıkla 0.60'ın üzerinde olması beklenir. 1'e yaklaştıkça örneklem yeterliliği artmaktadır. 0.80-0.89 arasındaki KMO değeri örneklem yeterliliği için "İyi" olarak kabul edilmektedir. Bu araştırmada bulunan KMO değeri (0.845) ile, örneklem büyüklüğünün literatürdeki "İyi" değerlendirmesinin içerisinde yer aldığı tespit edilmiştir. Örneklemin faktör analizine uygun olup olmadığını değerlendirmek için uygulanan Bartlett's Test of Sphericity analizi sonucu p değeri 0.000 olarak bulunmuştur. Literatürde p değerinin 0.005'ten küçük olması korelasyon matrisinin faktör analizine uygun olduğunun bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (18).

Sonuç olarak, örneklemin faktör analizine uygun olduğu belirlenmiştir ($p= 0.000$) Son olarak örneklem gücünü belirlemek için Power Analiz yöntemi Post Hoc olarak yapılmıştır. Analizde “James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği Toplam Puanı” esas alınmıştır. Kadınlarla erkekler arasında James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği Toplam Puan ortalamalarını bağımsız gruplarda t testi ile 184 kadın ve 96 erkek arasında ($SD=278$) iki uçlu bir hipotezle, etki genişliği 0.36 (orta) ve alfa hatası %5 olacak şekilde karşılaştırıldığında %81.3'lük bir güç verdiği bulunmuştur. Literatürde örneklem gücünün en az %80'nin üzerinde olması gerektiği belirtilmektedir (159).

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin faktör yapısını belirlemek için Temel Bileşenler Yöntemi (Principal Component) uygulanmış ve varimax dönüştürmesine göre 8 faktörün öz değerinin 1'in üzerinde olduğu bulunmuştur (Tablo 8). Literatürde herhangi bir kuramsal çatıya dayandırılmadan faktör analizi sonuçlarına dayanarak ölçek içinde değişiklik yapılmasının uygun olmadığı belirtilmektedir (136). Bu sebeple orijinal ölçeğin 6 faktör yapısında olduğu göz önünde bulundurularak Türkçe formu da 6 faktör altında sıkıştırılmıştır. Bu sonuçlara göre 6 faktörün öz değeri Faktör 1= 4.643, Faktör 2=4.295, Faktör 3=3.400, Faktör 4=2.116, Faktör 5=2.537, Faktör 6=1.780'dir. Altı faktör toplam varyansın % 48.305'ni açıklamaktadır. Kısaca kümülatif açıklayıcılık %48.305 olarak bulunmuştur (Tablo 8). Elde edilen kümülatif açıklayıcılık yükseldikçe ölçeğin faktör yapısı güçlenir. Sağlık bilimlerinde %40-60 arasındaki kümülatif açıklayıcılık yeterli olarak kabul edilmektedir (136). Ayrıca Yetkiner (2010) ve Akın ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları ölçek uyarlaması çalışmalarında bu çalışmaya benzer olarak, orijinal ölçeğin faktör sayısında değişikliğe gidilmeyerek, faktör sayısı aynı tutulmuştur (160). Wells-Di Gregorio ve arkadaşlarının (2013) orijinal ölçeğin geliştirilmesi çalışmasında; 6 faktörün kümülatif açıklayıcılık değeri bu çalışma ile benzer olup %48 olarak tespit edilmiştir (132).

Ek olarak faktör analizi sonrası sonuçlar yamaç eğim grafiği (scree plot) ile de doğrulanmıştır. Yamaç eğim grafiği (scree plot) öz değerler ile faktörlerin eşleştirilmesi sonucu oluşur. Grafikteki hızlı düşüşler en önemli faktör sayılarını göstermektedir (161). Araştırmaya ait yamaç eğim grafiği (scree plot) incelendiğinde de; orijinal ölçeğin yapısına uygun olarak altıncı faktörden sonra öz değerlerin

düşüşe geçtiği ve plato çizdiği saptanmıştır. Bu grafikteki verilerde ölçeğin altı faktörde toplandığını destekler niteliktedir (Grafik 1).

Yapı geçerliği için yapılan Doğrulayıcı Faktör Analiz sonrası elde edilen uyum indeksleri incelendiğinde; ilk olarak beklenen kovaryans matrisi ile gözlenen kovaryans matrisi arasındaki farkı (değeri) ifade eden p değerine bakılmıştır. p değerinin anlamlı olması beklenmektedir (137). Bu çalışmada kovaryans matrisi ile gözlenen kovaryans matrisi arasındaki farkın değeri $p= 0.000$ olarak tespit edilmiştir. Böylece beklenen kovaryans matrisi ile gözlenen kovaryans matrisi arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Küçüközer ve arkadaşlarının (2012) Yapılandırıcı Öğrenme Ortamları Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması için yaptıkları çalışmada; beklenen kovaryans matrisi ile gözlenen kovaryans matrisi arasındaki farkı (değeri) ifade eden p değeri bu çalışmaya benzer olarak anlamlı bulunmuştur (162).

DFA'da öncelikle incelenmesi gereken uyumluluk indeksi ki-kare (x^2) uyum istatistiğidir. Ayrıca ki-kare (x^2) uyum istatistiğinin serbestlik derecesine olan oranın incelenmesi gerekir. x^2/sd oranının 3'ün altında olması mükemmel uyuma, 5'in altında olması iyi uyuma işaret etmektedir (125). Bu araştırma için bu oran 2.073 olarak bulunmuştur (Tablo 9). Model mükemmel uyum göstermiştir. Özabacı 2011 yılında yaptığı İlişki Niteliği Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması çalışmasında ki kare uyum istatistiğinin serbestlik derecesine oranını (x^2/sd) 1.01 olarak bulmuştur (164). Aksoy'un (2014) Oxford Doğum Endişesi Ölçeği'nin Türkçe geçerlik güvenilirliğini yaptığı çalışmada ki kare uyum istatistiğinin serbestlik derecesine oranı (x^2/sd) 1.80 olarak belirlenmiştir (163). Üç çalışmada da benzer şekilde ki-kare (x^2) uyum istatistiğinin serbestlik derecesine oranı olan x^2/sd değeri 3'ün altında değer olarak mükemmel uyum göstermiştir.

DFA sonucu elde edilen RMSEA değeri; bu araştırma için 0.062 olarak bulunmuştur (Tablo 9). RMSEA hata karelerinin ortalamasının kareköküdür. 0.05'den küçük olması mükemmel uyum, 0.10'dan küçük olması ise iyi uyum olduğunu göstermektedir (126). Bu çalışmada RMSEA değeri iyi uyum göstermiştir. Özabacı (2011) İlişki Niteliği Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması çalışmasında; RMSEA değerini 0.045 olarak tespit etmiştir (164). Benzer şekilde Aksoy'un (2014) Oxford Doğum Endişesi Ölçeği'nin Türkçe geçerlik güvenilirliğini yaptığı çalışmada; RMSEA değeri 0.08 olarak belirlenmiştir (163). Üç çalışma da benzer şekilde RMSEA değeri 0.10'un altında bulunmuştur.

DFA'da incelenen diğ er bir uyum indeksi olan CFI; model tarafından tahmin edilen kovaryans matrisi ile sıfır hipotezli modelin kovaryans matrisini karşılaştıran bir uyum indeksidir (140). CFI indeksi günümüzde yapısal eşitlik modellerinde en yaygın olarak kullanılan uyum indeksidir (141). CFI indeksi 0 ile 1 arasında değı ş en değ erler alır. 0.95 ile 1 arasında CFI değ erine sahip bir modelin iyi uyum gösterdiğ i, 0.90 ile 0.95 arasında CFI değ erine sahip bir modelin kabul edilebilir uyum içinde olduğ u belirtilmektedir (127). Araştı rmanın CFI değ eri 0.91 olarak bulunmuştur (Tablo 9). Araştı rmanın CFI değ eri kabul edilebilir bir uyumu göstermektedir. Özabacı'nın 2011 yılında yaptığ ı İliş ki Niteliğ i Ölçeğ i'nin Türkçe uyarlaması çalışmasında; CFI değ eri 0.96 olarak bulunmuştur (164). Aksoy'un (2014) Oxford Doğ um Endiş esi Ölçeğ i'nin Türkçe geçerlik güvenilirliğini yaptığ ı çalışmada CFI değ eri 0.96 olarak bulunmuştur (163). İki araştırma sonucunda elde edilen CFI değ erleri 0.95 ile 1 arasında değ er olarak bu araştı rmadan daha iyi bir uyum göstermiştir. Ancak James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeğ i'nin ölçek uyarlaması çalışmasında elde edilen CFI uyum indeksi değ eri kabul edilebilir değ erler içerisinde yer almaktadır.

DFA'da incelenen NFI indeksi; normlaştırılmış uyum indeksi olup, CFI'ya alternatif olarak Bentler ve Bonett (1980) tarafından geliştirilmiştir. Bu indeks varsayılan modelin temel ya da sıfır hipoteziyle olan uygunluğ unu araştı rmak için kullanılmaktadır. NFI değ erinin 0.95 ile 1 arasında değ er alması mükemmel uyuma, 0.90 ile 0.95 arasında değ er alması kabul edilebilir uyuma iş aret etmektedir. NFI değ eri 0.90 olarak elde edilmiştir (Tablo 9) ve araştırma için kabul edilebilir bir uyum gösterdiğ i görülmektedir. Ayrıca normlaştırılmamış uyum indeksi olan NNFI değ eri ise 0.91 olarak bulunmuştur ve bu değ erde bu yapı için iyi uyum göstermiştir (138). Yine Küçüközer ve arkadaşlarının (2012) Yapılandırıcı Öğrenme Ortamları Ölçeğ i'nin Türkçe'ye uyarlanması için yaptıkları çalışmada; NNFI uyum indeksi değ eri benzer şekilde 0.91 olarak bulunmuştur (162).

DFA'da incelenen GFI indeksi; varsayılan modelce hesaplanan değ iş kenler arasındaki genel kovaryans miktarını göstermektedir. GFI değ eri 0 ile 1 arasında bir değ er alır. GFI'nın 0.90 ve üzeri olması iyi bir model göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bu değ er gözlenen değ iş kenler arasında yeterince kovaryansın hesaplandığ ı anlamına gelmektedir (139). Bu araştırma için GFI değ eri 0.90 olarak elde edilmiştir ve modelin iyi uyum gösterdiğ ini kanıtlanmıştır. AGFI ise

düzenlenmiş uyum indeksidir. Araştırma da bu değer 0.92 olarak elde edilmiştir (Tablo 9). AGFI değeri iyi uyum değeri göstermiştir (139). Küçüközer ve arkadaşlarının (2012) Yapılandırmacı Öğrenme Ortamları Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması için yaptıkları çalışmada; GFI değeri 0.92 ve AGFI değeri ise 0.91 olarak belirlenmiştir (162). Her iki araştırmada da GFI uyum indeksi değeri 0.90 ile 1 arasında değer olarak modeller arasında iyi uyum olduğunu göstermiştir. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin ölçek uyarlaması çalışmasında AGFI değeri Aksoy'un (2014) Oxford Doğum Endişesi Ölçeği'nin Türkçe geçerlik güvenirliğini yaptığı çalışmada elde edilen AGFI değeri olan 0.86'dan (163) daha iyi bir uyum değeri olarak 0.92 olarak bulunmuştur.

DFA'da incelenen SRMR değeri; standartlaştırılmış ortalama hataların kareköküdür. SRMR değeri 0'a yaklaştıkça modelin uyum iyiliği artar. Model, 0.05'ten düşük bir SRMR değeri almışsa iyi uyum, 0.05 ile 0.08 arasında bir SRMR değeri almışsa kabul edilebilir uyum içerisindedir (127) Araştırma için bulunan 0.07'lik SRMR değeri kabul edilebilir bir uyum göstergesidir. Aksoy'un (2014) Oxford Doğum Endişesi Ölçeği'nin Türkçe geçerlik güvenirliğini yaptığı çalışmada elde edilen SRMR değeri 0.05 olarak bulunmuştur (163). Her iki çalışma da benzer şekilde SRMR değeri kabul edilebilir uyum içerisinde olduğu tespit edilmiştir. Özabacı'nın 2011 yılında yaptığı İlişki Niteliği Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması çalışmasında; SRMR değeri 0.063 olarak belirlenmiştir (164). Bu çalışma için elde edilen SRMR uyum indeksi değeri; James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin ölçek uyarlaması çalışmasında elde edilen SRMR değeri olan 0.07'den daha küçük bir değer olarak daha iyi bir uyum göstermiştir (164).

Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen uyum indeksleri (Tablo 9) ve James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin 48 Maddelik Türkçe Formuna İlişkin Tanımlanan Model incelendiğinde (Grafik 2), modelin iyi uyum gösterdiği ve ölçeğin orijinal faktör yapısının Türkçe formunun faktör yapısıyla uyumlu olduğu görülmüştür.

4.2.1.4. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Ölçüt/Bağıntılı Geçerlilik Sonuçlarının İncelenmesi

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin ölçüt geçerliğini belirlemek için EORTC QLQ C-30 (Versiyon 3. 0) Yaşam Kalitesi Ölçeği eş değer ölçek olarak kullanılmıştır. İki ölçek arasındaki geçerlik katsayısının

belirlenmesinde Pearson Momentler Korelasyon Katsayısı hesaplanmıştır. Pearson Momenter Korelasyon Katsayısı 1'e yaklaştıkça, uyarlanan ölçeğin eş değer ölçek ile benzer özellik taşıdığı söylenebilmektedir. Korelasyon katsayısının 0'a yaklaşması ise geçerliğin zayıf olduğu şeklinde yorumlanır. Korelasyon katsayısının (r) 0.80-1.00 arasında değer aldığıda geçerlik mükemmel, 0.70-0.79 arasında değer aldığıda geçerlik yüksek, 0.50-0.69 arasında değer aldığıda geçerlik orta, 0.00-0.49 arasında değer aldığıda geçerlik kabul edilemez düzeyde olduğu şeklinde yorumlanır (18). James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Duygusal Sorunlar alt boyutu toplam puanı ile EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Fonksiyonel ölçeğinde yer alan Duygusal Fonksiyon skoru arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Tablo 10). James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Bilişsel Sorunlar alt boyutu toplam puanı ile EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Fonksiyonel Ölçek alt boyutunda yer alan Kavrama Fonksiyon skoru arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Tablo 11). Ek olarak James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Fiziksel Belirtiler alt boyutu ile EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Semptom Ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Tablo 12). Bulunan üç korelasyon değeri de 0.70'in üzerindedir ve geçerlik yüksek düzeydedir. EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Fonksiyonel ölçeklerinden alınan yüksek puan; sağlıklı fonksiyonel düzeyi, Genel Sağlık Durumu Ölçeği'nden alınan yüksek puan; yüksek yaşam kalitesini, Semptom Ölçeğinden alınan yüksek puan; semptomların yoğun yaşandığını ve sorun düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (134). James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nde toplam puan arttıkça yaşanan distres artış göstermektedir (84). Araştırmada, James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Duygusal Sorunlar alt boyutu toplam puanı ile EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Duygusal Fonksiyon skoru arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunması; distres düzeyinin arttıkça sağlıklı fonksiyonel düzeyin azaldığına kısaca yaşam kalitesi düzeyinin düştüğüne işaret etmektedir. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Bilişsel Sorunlar alt boyutu toplam puanı ile EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Fonksiyonel Ölçek alt boyutunda yer alan Kavrama Fonksiyon skoru arasında negatif yönde anlamlı ilişki olması; distres düzeyi arttıkça, sağlıklı

fonksiyonel düzeyin azaldığına kısaca yaşam kalitesi düzeyinin düştüğüne işaret etmektedir. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Fiziksel Belirtiler alt ölçeği ile EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Semptom Ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olması; yaşanan semptom düzeyi arttıkça distres düzeyinin arttığına, kısaca yaşam kalitesi düzeyinin azaldığına işaret etmektedir (132,134). Literatürdeki bilgilerde, yaşanan distresin arttıkça yaşam kalitesinin azaldığını göstermektedir (33). James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Duygusal Sorunlar alt boyutu ile EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Duygusal Fonksiyon skoru arasında negatif yönde anlamlı, James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Bilişsel Sorunlar alt boyutu ile EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kavrama Fonksiyon skoru arasında negatif yönde anlamlı ve James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Fiziksel Belirtiler alt boyutu ile EORTC QLQ Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Semptom Ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olması; yaşanan distres düzeyi ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde ilişki olduğunu kanıtlar niteliktedir (165,166).

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin geçerlik çalışması için yapılan; dil geçerliği, içerik/kapsam geçerliği, yapı geçerliği ve ölçüt/bağıntılı geçerlik çalışmaları sonucunda James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin geçerli bir ölçme aracı olduğu kanıtlanmıştır.

4.2.2. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Güvenirlik Sonuçlarının İncelenmesi

Güvenirlik bir ölçeğin, aynı bireylere birden çok uygulanması durumunda benzer sonuçları vermesidir. Güvenirlik ölçüm işleminin tekrarlandığında sonuçlardaki tutarlılığı gösterir. Zamana karşı değişmezliğin bir ölçütüdür. Güvenirlik bir ölçekte olmazsa olmaz özelliklerden biridir. Geçerli bir ölçeğin mutlaka güvenilir olması da gereklidir. Çünkü bir ölçeğin ölçtüğü özellik hakkında sürekli olarak aynı bilgiyi vermesi gerekmektedir. Eğer bir ölçekten elde edilen değerler aynı koşullarda tekrar uygulandığında farklı sonuçlar veriyorsa o ölçek için güvenilirliğin derecesi düşüktür (18).

4.2.2.1. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin İç Tutarlılık Analizlerinin İncelenmesi

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin madde ölçek toplam korelasyon değerleri incelendiğinde (r); değerlerin 0.667 ile 0.082 arasında değiştiği görülmüştür. Madde ölçek toplam korelasyon değerlerinin 0.20 altında olmaması ve madde ölçek toplam korelasyon değerleri arasında istatistiki açıdan anlamlılık ($p < 0.05$) bulunması istenmektedir (129). James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin madde ölçek toplam korelasyon değerleri incelendiğinde madde ölçek toplam korelasyon değeri 0.20'nin altında olan beş tane maddenin (Madde 13, Madde 18, Madde 24, Madde 28, Madde 48) olduğu görülmüştür (Tablo 14) Madde 18'in ölçekten çıkarılması durumunda ölçeğin Cronbach alfa değerinde değişiklik meydana gelmemektedir. Madde 13, Madde 24, Madde 28, Madde 48'in ölçekten çıkarılması durumunda Cronbach alfa değerinde sadece 0.001'lik bir artış görülmektedir. Maddeler çıkarıldığında Cronbach alfa değerinde büyük oranda değişiklik olmamasından dolayı ve ölçeğin kavramsal bütünlüğünü bozmamak adına madde çıkarma yöntemine gidilmemiştir. Beytut ve arkadaşlarının 2016 yılında Konfor Skalasının geçerlik güvenirliğinin yapıldığı çalışmada; bu çalışmaya benzer şekilde, ölçek toplam korelasyon değeri 0.20'nin altında bulunan maddelerin ölçekten çıkarılması durumunda Cronbach alfa değerinde önemli bir oranda değişiklik olmadığı için, madde çıkarma yöntemine gidilmemiştir (167).

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin madde-toplam puan korelasyon değerleri incelendiğinde ise; madde-toplam puan korelasyon değeri 0.20'nin altında olan beş tane maddenin (Madde 13, Madde 18, Madde 24, Madde 28, Madde 48) olduğu görülmüştür (Tablo 15). Ancak bu maddelerden madde 28 dışındaki tüm maddelerin istatistiki uyum değeri olan $p < 0.05$ 'ten küçük bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 15). Bu sebeple Madde 13, Madde 18, Madde 24, Madde 48 için madde çıkarma yöntemine gidilmemiştir. Bilge'nin (2006) Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin kültürlerarası ölçek uyarlamasının yapıldığı çalışmada bu çalışmaya benzer olarak; madde korelasyon değeri 0.20'nin altında çıkan maddelerin istatistik uyum değerinin anlamlı ($p < 0.05$) olması nedeniyle madde çıkarma işlemine gidilmemiştir (168).

Madde 28'in ölçek toplam korelasyon değeri ve madde-toplam puan korelasyon değerinin 0.20'den küçük çıkması ve istatistik uyum değeri olan p değerinin 0.05'den büyük çıkmasına rağmen ölçeğin kavramsal yapısını bozmamak adına madde çıkarma işlemine gidilmemiştir. Literatürde daha önceden geliştirilmiş bir ölçeğin uyarlanma çalışmasında madde çıkarılmasının, ölçeğin orjinal yapısını bozduğu belirtilmektedir. Türkiye'de yapılan uyarlama çalışmalarının incelendiği bir araştırmada; madde çıkarma yönteminin ölçeğin faktör yapısını bozduğu ve başka bir ölçek haline getirdiğinden bahsedilmiştir. Bu sebeple ölçek uyarlamasına gidilmeden önce dil geçerliliğinin titizlikle yapılması ve Türk toplumuna uymayan maddelerin fazla bulunduğu ölçeklerin, uyarlama çalışmasına gidilmemesi önerilmiştir (121). James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin uyarlanma çalışmasına; kanser tanısı almış bireylerin, yaşadıkları distres faktörlerinin, kültürler arasında çok fazla farklılık göstermeyeceği düşünülerek karar verilmiştir. Dil eş değerliliğinin sağlanmasında ise; birden fazla çeviri yöntemi kullanılmıştır. Ancak bu önlemler alınmasına rağmen "İlaçları elde etme ile ilgili sorunlar" (madde 28) maddesi için istenilen korelasyon değerine ulaşamamıştır. Ölçeğin kavramsal yapısını bozmamak adına, madde ölçekten çıkarılmamıştır. İlerleyen çalışmalarda bu maddenin Türk toplumu için uygunluğunun incelenmesi önerilmektedir.

4.2.2.2. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Cronbach Alfa Güvenirlik Analizi Sonuçlarının İncelenmesi

Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları; Duygusal Sorunlar alt boyutunun 0.875, Manevi/Dini Konular ile İlgili Sorunlar alt boyutunun 0.549, Sağlık Bakımı ile İlgili Sorunlar alt boyutunun 0.559, Sosyal Sorunlar alt boyutunun 0.596, Bilişsel Sorunlar alt boyutunun 0.826 ve Fiziksel Belirtiler alt boyutunun 0.837 olarak bulunmuştur (Tablo 16). Literatürde ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında bulunması beklenen Cronbach alfa değeri tartışmalı bir konudur. Cronbach alfa güvenirlilik kat sayısı sadece güvenirlilik yöntemlerinden biridir. Mutlak güvenirlilik ölçütü değildir. Literatürde bazı çalışmalarda Cronbach alfa değerinin 0.50'nin altında olmaması gerektiği belirtilmektedir (130,131). James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin tüm alt boyutlarının değeri 0.50'nin üzerinde bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin toplam Cronbach alfa kat sayısı 0.918 olarak hesaplanmıştır (Tablo 16). 0.80-1.00 arasındaki Cronbach alfa değeri ölçeğin yüksek güvenirliliğe sahip olduğunu göstermektedir (18). James Destekleyici Bakım

Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin toplam Cronbach alfa değeri 0.918 bulunarak, ölçeğin yüksek güvenilirliğe sahip olduğu kanıtlanmıştır. Bilge'nin 2006 yılında Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yaptığı araştırmada; benzer şekilde Cronbach alfa katsayısı 0.82 olarak bulunmuştur (168). Çetinkaya ve arkadaşlarının (2015) Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği'nin geçerlik güvenilirliğini incelemek amacıyla yaptıkları araştırmada; ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.94 olarak bulunmuştur (169). Üç ölçeğinde Cronbach alfa katsayıları, yüksek güvenilirlik göstergesi olan 0.80-1.00 arasında olması sebebiyle benzerlik göstermektedir.

4.2.2.3. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Zamana Karşı Değişmezlik (Test- Tekrar Test Güvenirliği) Sonuçlarının İncelenmesi

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin test-tekrar test güvenilirliğini belirlemek ve ölçümleri parametrik yapabilmek adına (18) araştırmaya katılan 30 kişiye ölçek tekrar uygulanmıştır. Literatürde test tekrar test güvenilirliğinin uygulama zamanı; hatırlatmaları önleyecek kadar uzun, ölçülecek özellikte değişiklik meydana gelmesine izin vermeyecek kadar kısa olan bir zaman diliminin olması gerektiği belirtilmektedir. Bu kısa zaman dilimi olarak genellikle ilk ölçümden 2 ya da 4 hafta sonrası seçilmektedir (18). James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin test-tekrar test güvenilirliğini belirlemek için araştırmaya katılan 30 kişiye 2 hafta sonra ölçek tekrar uygulanmıştır. Literatürde test-tekrar test güvenilirliği için, ilk ve tekrar teste elde edilen puanlar arasındaki Pearson Momentler Korelasyon katsayısı değeri hesaplanması gerektiği bildirilmektedir. Bulunan korelasyon katsayısı ölçeğe ilişkin güvenilirlik katsayısıdır. Korelasyon katsayısı değerinin 0.70'ın altına düşmemesi ve negatif bir değer almaması beklenir. Korelasyon katsayısı değeri +1'e ne kadar yakınsa güvenilirliğin o kadar yüksek olduğu kabul edilmektedir (18).

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin test tekrar test sonuçları arasındaki korelasyon katsayıları hesaplandığında; tüm alt boyutları ve toplam ölçek puanı arasındaki korelasyon kat sayısı (r) değerinin 0.072'den büyük olduğu ve 1'e yakın değer aldığı bulunmuştur (Tablo 18). Ölçeği'nin test tekrar test sonuçlarına göre tüm alt boyut toplam puanları ve ölçek toplam puanı arasında ileri

düzeyde anlamlılık tespit edilmiştir. Literatüre göre; bu sonuçlar James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Türk toplumu için güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir (18,128,129) Cerit'in (2010) ve Atar ve Aştı (2012) tarafından yapılan kültürlerarası ölçek uyarlaması çalışmalarında; test-tekrar test puanları arasındaki korelasyon değeri bu çalışmaya benzer olarak pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı olarak bulunmuştur (170,171).

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin güvenilirlik çalışması için yapılan; iç tutarlılık, Cronbach alfa katsayısı belirlenmesi ve zamana karşı değişmezlik (test tekrar test güvenilirliği) çalışmaları sonucunda James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin güvenilir bir ölçme aracı olduğu kanıtlanmıştır.

4.3. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nde Bulunan ve Ölçek Puanlamasına Dahil Edilmeyen Diğer Soruların İncelenmesi

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nden alınan toplam puan cinsiyete göre incelendiğinde; araştırmaya katılan kadınların puan ortalamasının 29.58 ± 19.594 olduğu, erkeklerin ise puan ortalamasının 20.57 ± 16.680 olduğu saptanmıştır (Tablo 19). James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nde toplam puan arttıkça yaşanan distres düzeyi artmaktadır. Bu çalışmaya göre, kadınların yaşadığı distres düzeyi erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur. Literatürde yapılan bazı çalışmalar incelendiğinde; kadınların yaşadığı distres düzeyinin erkeklerden daha fazla olduğu bildirilmektedir (27,172). Araştırma bulguları literatürü destekler niteliktedir.

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nde, puanlamaya dahil edilmeyen, klinik ortamda ek bilgi sağlamak ve başka olası sorunların gözden kaçmasını engellemek amacıyla yedi tane Evet/Hayır şeklinde yanıtlanan soru bulunmaktadır. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin geçerlik güvenilirlik çalışmasında bu yedi soruya yer verilmiştir. Verilen cevaplar incelendiğinde; cinsellikle ilgili sorun olup olmadığını sorgulayan soruya katılımcıların %20'si (n=56) evet cevabını vermiştir. Araştırmaya katılan bireylerin sadece %11.8'i (n=33) ise cinsellikle ilgili sorunları hakkında bilgi almak istediğini belirtmiştir (Tablo 20). Literatürde yapılan bazı araştırmalar incelendiğinde; kanser tanısı bulunan bireylerin değişen oranlarda cinsellikle ilgili sorun yaşadığı belirtilmektedir (55,56,57). Ek olarak tümü Müslüman olan 97 kanser

tanısı almış bireyle yapılan bir çalışmada; katılımcıların %76'sının cinsellik hakkında utanma, uygun ortamın olmaması ve cinselliği ikinci planda görmeleri gibi nedenlerle sağlık profesyonelleri ile cinsellik hakkında konuşamadıkları bildirilmiştir (59). Araştırmaya katılan bireylerin cinsellik hakkındaki sorun yaşamlarına rağmen, düşük oranda bilgi almak istemelerinin; utanma ya da cinselliği ikinci planda görme nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Bilgi almak için gönüllü olup olmamanın sorgulandığı kısımda ise; katılımcılar en yüksek oran olan %15.7 ile (n=44) Beslenme/ Diyet ile ilgili endişeler hakkında bilgi almak istemiştir (Tablo 20). Literatürde yapılan bazı araştırmalarda da; bulantı-kusma, tat almada değişim, iştahta artma, iştahta azalma gibi sebeplerle kanser tanısı alan bireylerin beslenme/diyet ile ilgili sorun yaşadıkları ve bilgiye ihtiyaçları olduğu görülmektedir (39,40).

Araştırmaya katılan bireylerin %59.3'ü (n=166) kendilerine duygusal açıdan en çok sıkıntı oluşturan şeyin “Tedavi Sürecinin Belirsizliği” olduğunu belirtmiştir (Tablo 21). Kanseri tanısı alan bireylerin yaşadıkları psikososyal sorunları ve desteklenme düzeyini belirlemek için yapılmış olan bazı araştırmalar incelendiğinde; kanser tanısı almış 128 bireyle yapılan bir çalışmada; bireylerin %18'inin gelecek ile ilgili belirsizlik yaşadığı bildirilmiştir (76). Meme kanseri tanısı almış bireylerle yapılan bir diğer çalışmada ise; bireylerin %78.8'nin kanserin yayılmasıyla ilgili, %71.8'sinin tedavinin sonuçlarını kontrol edememeye karşı endişe duyduğu bildirilmiştir (77). Kanseri tanısı almış 408 bireyle yapılan başka bir çalışmada ise; bireylerin %60'nın kanserin yayılması, %49'nun tedavinin sonuçlarını kontrol altına almama korkusu yaşadığı bildirilmiştir (79). Literatürdeki bilgiler ve bu araştırma sonuçları, kanseri tanısı alan bireylerin değişen oranlarda gelecek hakkında belirsizlik yaşadığını göstermektedir.

BÖLÜM V

5.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇ

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Türkçe geçerlik güvenilirliğini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın sonuçlarına göre;

Geçerlik Analizleri Sonuçları;

- Ölçeğin içerik/kapsam geçerliği için uzman görüşüne başvurulmuş, uzman görüşleri sonrasında tüm maddelerin Kapsam Geçerlik İndeksleri (KGİ) 0.80'nin üzerinde bulunarak, içerik geçerliği sağlanmıştır.
- James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin yapı geçerliğini belirlemek için Temel Bileşenler Analizi kullanılarak varimax dönüştürülmesi ve Doğrulayıcı Faktör Analizi yapılmıştır. Ölçek orijinal ölçeğin kavramsal yapısına uygun olarak altı faktör altında sıkıştırılmış ve Scree Plot yöntemiyle teyit edilmiştir. DFA sonucuna göre, toplanan veriler sonucunda oluşan modelin orijinal ölçek modeli ile uyum gösterdiği kanıtlanmıştır ($\chi^2/df=2.073$, $RMSEA=0.62$, $CFI=0.91$, $NFI=0.90$, $NNFI=0.91$, $SRMR=0.07$, $GFI=0.90$).
- Ölçeğin ölçüt geçerliğinde; ölçeğin Duygusal Sorunlar alt boyutu toplam puanı ile benzer ölçeğin Duygusal Fonksiyon skoru arasında negatif, ölçeğin Bilişsel Sorunlar alt boyutu toplam puanı ile benzer ölçeğin Kavrama Fonksiyon skoru arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki, ölçeğin Fiziksel Belirtiler alt boyutu toplam puanı ile benzer ölçeğin Semptom Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tüm yapılan analizlerle ölçeğin; içerik, kapsam ve ölçüt geçerliği sınanarak geçerli bir ölçme aracı olduğu belirlenmiştir.

Güvenirlilik Analizleri Sonuçları;

- James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin güvenirlilik çalışması için ilk olarak; madde ölçek toplam korelasyon değerleri ve madde-toplam puan korelasyonları incelenmiştir. Madde 13, Madde 18, Madde 24, Madde 28, Madde 48'in korelasyon değerleri 0.20 altında bulunmuştur. Madde 13, Madde 18, Madde 24, Madde 48'in madde-toplam puan korelasyon değerleri arasında anlamlı ilişki bulunmuş ve bu maddelerin ölçekten çıkarıldığında; ölçeğin Cronbach alfa değerinde önemli derecede değişiklik olmadığı görülmüştür. Bu sebeple maddeler ölçekten çıkarılmamıştır. Madde 28'in madde-toplam puan korelasyon değerleri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Ancak orjinal ölçeğin kuramsal yapısını bozmamak adına madde çıkarma işlemine gidilmemiştir ve ölçek orjinal yapısına sadık kalınarak 48 madde de bırakılmıştır.
- Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.918, alt boyut Cronbach Alpha değerleri ise; 0.549 ile 0.875 arasında bulunmuştur. Ölçeğin Cronbach alfa değerlerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu görülmüştür.
- James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin zaman karşı değişmezliğini belirlemek için, ölçek, birinci uygulamadan iki hafta sonra 30 kişiye tekrar uygulanmış ve iki ölçüm arasındaki toplam puan korelasyon değerleri karşılaştırılmıştır. İlk ve son ölçümler incelendiğinde; alt boyut toplam puanları ve ölçek toplam puan korelasyonları arasında ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (* $p < 0.01$).

Sonuç olarak, araştırmanın James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği Türk toplumu için geçerli bir ölçme aracıdır hipotezi (H_1) ve James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği Türk toplumu için güvenilir bir ölçme aracıdır hipotezi (H_2) kabul edilmiştir.

5.2. ÖNERİLER

Bu araştırmada, James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Türk toplumuna uyarlanarak Türkçe geçerlik güvenilirliği yapılmıştır.

Ölçekte 28. Madde olan "İlaçları Elde Etme ile İlgili Sorunlar" maddesinin madde ölçek toplam korelasyon ve madde-toplam puan korelasyon değerleri 0.20'nin altında bulunmuş ve madde-toplam puan korelasyon değerleri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu sebeple bu maddenin iç tutarlılık açısından, yapılacak birden fazla çalışma ile tekrar değerlendirilmesi önerilmektedir. Aynı sonuçların bulunması halinde madde çıkarma işlemine, ölçek sahibine danışılarak gidilebilir. Ancak bu maddenin ölçekten çıkarılması halinde, ölçeğin geçerlik güvenilirlik analizlerinin yinelenmesi gerekmektedir.

Ölçek puanlamasına dahil edilmeyen, klinik ortamda ek bilgi sağlamak amacıyla yer verilmiş olan yedi soruya, ölçeğin uygulandığı diğer çalışmalarda da yer verilebilir. Ayrıca, sorunların gözden kaçmasını engellemek için araştırmacılara, ölçeğin uygulandığı kliniğe özgü sorunlara ek sorular sorarak yer vermeleri önerilmektedir.

Ek olarak, ölçeğin kanser hastalarının yaşadığı distresi ölçmek ve bireylere destekleyici bakımın sağlanabilmesi için tüm sağlık profesyonelleri tarafından, farklı kanser türüne sahip bireylerde, daha büyük örneklem gruplarıyla uygulanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kutluk T, Kars A. Kanser konusunda genel bilgiler. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2001.
2. Gültekin M, Boztaş G. Türkiye’de kanser istatistikleri. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2014.
3. Dedeli Ö, Karadeniz G. Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. Ağrı 2009; 21(2): 45-53.
4. Altınova HH, Duyan V. Onkolojik sosyal hizmet. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC) 2013; 7(3): 40-5.
5. Yıldırım KN, Kaçmaz N, Özkan M. İleri evre kanser hastalarının karşılanmamış gereksinimleri. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2013; 4(3): 153-8.
6. Rainbird K, Perkins J, Sanson-Fisher R, Rolfe I, Anseline P. The needs of patients with advanced, incurable cancer. British Journal of Cancer 2009; 101:759-64.
7. Maguire R, Papadopoulou C, Kotronoulas G, Simpson MF, McPhelim J, Irvine L. A systematic review of supportive care needs of people living with lung cancer. European Journal of Oncology Nursing 2013; 17: 449-64.
8. Yıldırım S, Gürkan A. Müziğin, kemoterapi yan etkilerine ve kaygı düzeyine etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8(1): 37-45.
9. Bağ B. Psiko-Onkoloji, Psikososyal sorunlar ve ölçüm yöntemleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2012; 4(4): 449-64.
10. Akyolcu N. Kanserli Hastaların yaşadıkları distresin hastalar ve hemşireler tarafından algılanması. F.N.H.Y.O Hemşirelik Dergisi 2001;11(47):1-18.
11. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Washington: Clinical Practice Guidelines in Oncology, 2014 [erişim tarihi: 15.02.2016]. <https://www.nccn.org/about/contact.aspx>
12. Kruijver IPM, Garssen B, Visser AP, Kuiper AJ. Signalising psychosocial problems in cancer the structural use of a short psychosocial checklist during medical or nursing visits. Patients Education and Counseling 2006; 62: 163-77.

13. Bramsen I, Van Der Linden MHM, Eskens FJM, Bijvank EM, Van Groeningen CJ, Kaufman HJ et.al. Evulation of a face to face psychosocial screening intervation for cancer patients: Acceptence and affects on quality life. Patient Eduucation and Counseling 2008; 70: 61-8.
14. Şenel F, Çırakoğlu B. Kanserle savaş. Bilim ve Teknik Dergisi 2003; 2:23.
15. Karayurt Ö, Andıç S. Meme bakım hemşireliği. The Journal of Breast Health 2011;7(4):196-202.
16. Yıldırım NK, Kaçmaz N, Özkan M. Yetişkin kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ve verilen hizmet arasındaki boşluk. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2013; 6(4): 231-40.
17. Azaltun M. VI. Araştırma yöntemleri semineri – ölçme ve ölçek geliştirme. Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi 2008; 1(19):104-11.
18. Alpar R. Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik – güvenilirlik. Ankara: Detay Yayıncılık; 2011.
19. Morris CR, Ramirez CN, Cook SN, Parikh-Patel A, Kizer KW, Bates JH et.al. Cancer stage at diagnosis. Sacramento, CA: California Department of Public Health, California Cancer Registry, 2013.
20. Yokuş B, Çakır DÜ. Kanser biyokimyası. Dicle Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi Dergisi 2012; 1(2): 7-18.
21. Boyle P, Levin B. World Cancer Report. World Health Organization, 2008.
22. Özkan S, Keskinçilic B. Türkiye Kanser İstatistikleri. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2015.
23. World Health Organization Web site [İnternet]. Switzerland: Global Cancer Rates Could Increase by 50% to 15 Million by 2020, 2016 [erişim tarihi: 12.03.2016]. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/en/>
24. Zainal N, Hui K, Hang T, Bustam A. Prevalence of distress in cancer patients undergoing chemotherapy. Asia Pac J Clin Oncol 2007; 3: 219-23.

25. Liao MN, Chen SC, Chen SC, Lin YC, Chen MF, Wang CH et.al. Change and predictors of symptom distress in breast cancer patients following the first 4 months after diagnosis. *Journal of the Formosan Medical Association* 2015; 114: 246-53.
26. Lunevičiūtė U, Masteikienė E. The study of cancer patients's distress. *Acta Medica Lituanica* 2014; 21(2): 51–6.
27. McDonald FEJ, Patterson P, White KJ, Butow P, Bell ML. Predictors of unmet needs and psychological distress in adolescent and young adult siblings of people diagnosed with Cancer 2015; 24(3): 333-40.
28. Matthews BA. Role and gender differences in cancer-related distress: a comparison of survivor and caregiver self-reports. *Oncology Nursing Forum* 2003; 30(3): 493-99.
29. Bergerot DC, Tróccoli BT, Philip EJ, Buso M. Percentile curve of distress scores as a clinical aid for the evaluation and management of cancer patient's distress. *Psycho- Oncology* 2014; 23(9): 1068-72.
30. Trad W, Koh ES, Daher M, Bailey A, Katelan M, Legge D et. al. Screening for psychological distress in adult primary brain tumor patients and caregivers: considerations for cancer care coordination. *Frontiers in Oncology* 2015; 5: 1-8.
31. Thalen- Lindström AM, Glimelius BG, Johansson BB. Identification of distress in oncology patients: a comparison of the hospital anxiety and depression scale and a thorough clinical assessment. *Cancer Nursing* 2016; 39(29): 31-9.
32. Šoštarič M, Šprah L. Psychological distress and intervention in cancer patients treated with radiotherapy. *Radiology and Oncology* 2004; 38(3): 193-203.
33. Miller MF, Mullins CD, Onukwuqha E, Golant M, Buzaglo JS. Discriminatory power of a 25-item distress screening tool: a cross-sectional survey of 251 cancer survivors. *Quality of Life Research* 2014; 23(10): 2855-63.
34. Skalla KA, Ferell B. Challenges in assessing spiritual distress in survivors of cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2015; 19(1): 99-104.

35. Salmon P, Clark L, McGrath E, Fisher P. Screening for psychological distress in cancer: Renewing the research agenda. *Psychooncology* 2015; 24: 262-68.
36. Stadelmaier N, Duquey-Cachet O, Saada Y, Quintard B. The basic documentation for psycho-oncology (PO-Bado): an innovative tool to combine screening for psychological distress and patient support at cancer diagnosis. *Psychooncology* 2014; 23(3): 307-14.
37. Sadırlı KS. Kanserli hastalarda semptom kontrolünün değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Edirne, 2008.
38. Koonstra HTR, Peters M, Donofrio S, Van der Borne B, De Jong AF. Management of fatigue in patients with cancer- A practical overview. *Cancer Treatments Review* 2014; 40: 791-99.
39. Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş. Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2013; 12(3): 219-24.
40. Halawi R, Aldin SE, Baydown A, Dbouk H, Nahleh Z, Nasser Z et.al. Physical symptom profile for adult cancer inpatients at a Lebanese cancer unit. *European Journal of Internal Medicine* 2012; 23: 185-9.
41. Tsai JS, Wu CH, Chiu TY, Chen CY. Significance of symptom clustering in palliative care of advanced cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2010; 39: 655-62.
42. Gültekin Z, Pınar G, Pınar T, Kızıltan G, Doğan N, Algier L ve ark. Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri. *Uluslararası Hemotoloji-Onkoloji Dergisi* 2008; 2(18): 99-106.
43. Brearley SG, Stamataki Z, Hall-Addington J, Foster C, Hodges L, Jarrett N et. al. The physical and practical problems experienced by cancer survivors: A rapid review and synthesis of the literature. *European Journal of Oncology Nursing* 2011; 15: 204-12.
44. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, aids, heart disease, chronic

- obstructive pulmonary disease and renal disease. *Journal of Pain and Symptom Management* 2006; 31: 58-69.
45. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Igarashi A, Akiyama M, Akizuki N et al. Pain intensity, quality of life, quality of palliative care, and satisfaction in outpatients with metastatic or recurrent cancer: A Japanese, nationwide, region-based, multicenter survey. *Journal of Pain and Symptom Management* 2012; 43: 503-14.
46. Byar KL, Berger AM, Bakken SL, Cetak MA. Impact of adjuvant breast cancer chemotherapy on fatigue, other symptoms and quality life. *Oncology Nursing Forum* 2006; 33(1): 18-26.
47. Hopkinson JB, Wright DN, McDonald JW, Corner JL. The prevalence of concern about weight loss and change in eating habits in people with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management* 2006; 32: 322-31.
48. Rha SY, Park Y, Song SK, Lee CE, Lee J. Caregiving burden and the quality of life family caregivers of cancer patients. The relationship and correlates. *European Journal of Oncology Nursing* 2015; 1-7.
49. Öksüz E, Barış N, Arslan F, Ateş MA. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin psikiyatrik semptom düzeyleri ve bakım verme yükleri. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*. 2013; 7(1): 24-30.
50. Uğur Ö. Kanser hastasının semptom yönetimi. *Türk Onkoloji Dergisi* 2014; 29(3): 125-35.
51. Akyol DA, Yeşilbalkan UÖ, Çetinkaya Y, Altun T, Ünlü D. Kemoterapi tedavisi alan hastaların hastalık semptomları ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu*; 2004.
52. Kocaman N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve rolü nedir? *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2005; 3(8): 107-18.
53. Şahin D, Şimşek F, Seyisoğlu H. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). *Cinsel Yaşam ve Sorunları*; 2008.
54. Bozdemir N, Özcan S. Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care* 2011; 5: 37-46.

55. Olsson C, Berglund AL, Larsson M, Athlin E. Patient's sexuality – a neglected area of cancer nursing. *European Journal of Oncology Nursing* 2012; 16: 426-31.
56. Lavin M, Hyde A. Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish context. *European Journal of Oncology Nursing* 2006; 10: 10-8.
57. Pınar G. Kanser tedavisi alan hastalarda cinsel disfonksiyon ve danışmanlığa ilişkin hemşirelik yaklaşımları. *Gülhane Tıp Dergisi* 2010; 52: 241-7.
58. Lamb MA. Effect of cancer on the sexuality and fertility of women. *Seminars in Oncology Nursing* 1995; 2(1): 120-7.
59. Errihani E, Elgissassi I, Mellas N, Belbaraka R, Mesmaudi M, Kaikani W. Impact of cancer on sexuality: How is the moroccon patient affected? *Sexologies* 2009; 19: 92-8.
60. Shover RL, Van Der Kaaij M, Van Dorst E, Creutzberg C, Huyghe E, Kiserud EC. Sexual dysfunction and infertility as late effects of cancer. *EJC Supplements* 2014; 12: 41-53.
61. Emilee G, Ussher JM, Pert J. Sexuality after breast cancer: A review. *Maturitas* 2010; 66: 397-407.
62. Robinson WJ, Donnelly JB, Saliken JC, Weber AB, Ernst S, Rewcastle JC. Quality of life and sexuality of men with prostate cancer 3 years after cryosurgery. *Urology* 2002; 60:12-8.
63. Nanda International Defining the Knowledge of Nursing Web site [Internet]. Kaukauna: Proposed Taxonomy III, 2016 [erişim tarihi: 25.04.2016]. <http://www.nanda.org/>.
64. Harden JA, Street FA. Constructions of sexuality and intimacy after cancer: Patient and health professional perspectives. *Social Science & Medicine* 2007; 64: 1704-18.
65. Manganiello A, Hoga LAK, Reberte LM, Miranda CM, Rocha MCA. Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. *European Journal of Oncology Nursing* 2011; 15: 167-72.

66. Çavdar İ. Meme kanserli hastalarda cinsel sorunlar. Meme Sağlığı Dergisi 2006; 2(2): 64-6.
67. Okyayuz HU. Ölümcül hastalık tanısı almak: Bir yaşam krizi kötü haber verilmeli mi? Kriz Dergisi 2003; 11 (3): 29-35.
68. Fallowfield L, Jenkins V. Effective communication skills are the key to good cancer care. European Journal of Cancer. 1999; 35(11): 1592-7.
69. Aranda S, Schofield P, Weih L, Yates P, Milne D, Faulkner R et.al. Mapping the quality of life and unmet needs of urban women with metastatic breast cancer. European Journal Of Cancer Care.2005; 14(3): 211-22.
70. Braeken AP, Lechner L, Eekers DB, Houben RM, Van Gils FC, Ambergen T et.al. Does routine psychosocial screening improve referral to psychosocial care providers and patient-radiotherapist communication? A Cluster Randomized Controlled Trial. Patient Education and Counseling 2013; 93(2): 289-97.
71. Van Weert JC, Bolle S, Van Dulmen S, Jansen J. Older cancer patients' information and communication needs: What they want is what they get? Patient Education and Counseling 2013; 92(3): 388-97.
72. Jones R, Regan M, Ristevski E, Breen S. Patients' perception of communication with clinicians during screening and discussion of cancer supportive care needs. Patient Education and Counseling 2011; 85(3): 209-15.
73. Visser A, Wysmans M. Improving patient education by an in-service communication training for health care providers at a cancer ward: Communication climate, patient satisfaction and the need of lasting implementation. Patient Education and Counseling 2010; 78(3): 402-8.
74. Arora NK. Interacting with cancer patients: The significance of physicians' communication behavior. Social Science & Medicine 2003; 57(5): 791-806.
75. Adler NE, Page AEK. Meeting psychosocial health needs, cancer care for the whole patient. National Academies Press. Washington, DC; 2008.

76. Voogt E, Van Der Heide A, Van Leeuwen AF, Visser AP, Cleiren MP, Passchier J et.al. Positive and negative affect after diagnosis of advanced cancer. *Psychooncology* 2005; 14: 262-73.
77. Uchida M, Akechi T, Okuyama T, Sagawa R, Nakaguchi T, Endo C et.al. Patients' supportive care needs and psychological distress in advanced breast cancer patients in Japan. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 2011; 41: 530-6.
78. Yi M, Park K, Park YE. Psychosocial needs of low-income people with cancer in Korea. *European Journal of Oncology Nursing* 2014; 18: 549-56.
79. Akechi T, Okuyama, Endo C, Sagawa R, Uchida M, Nakaguchi T et. al. Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan. *Psycho-Oncology* 2011; 20(5): 497–505.
80. Waller A, Girgis A, Johnson C, Lecathelinais C, Sibbritt D, Forstner D et al. Improving outcomes for people with progressive cancer: Interrupted Time series trial of a needs assessment intervention. *Journal of Pain and Symptom Management* 2012; 43: 569-81.
81. Schmid-Büchi S, Halfens RJ, Dassen T, Van der Borne B. Psychosocial problems and needs of posttreatment patients with breast cancer and their relatives. *European Journal of Oncology Nursing* 2011; 15(3): 260-6.
82. Siedentopf F, Marten-Mittag B, Utz-Billing I, Schoenegg W, Kentenich H, Dinkel A. Experiences with a specific screening instrument to identify psychosocial support needs in breast cancer patients. *European Journal of Obstetrics Gynecology Reproductive Biology* 2010; 148(2): 166-71.
83. McDougall GJ Jr, Oliver JS, Scogin F. Memory and cancer: A Review of the literature. *Archives of Psychiatric Nursing* 2014; 28(3): 180-6.
84. Sycks K. Distress screening in primary brain tumors: agreement between patient and caregiver proxy distress. Undergrate Reserach Thesis. The Ohio State University; 2015.

85. Aass N, Fossa SD, Dahl AA, Moe TJ. Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the norwegian radium hospital. *European Journal of Cancer* 1997; 33: 1597–604.
86. Kissane, DW, Clarke DM, Ikin J, Bloch S, Smith GC, Vitetta L et.al. Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early-stage breast cancer: Across-sectional survey. *Medical Journal of Australia* 1998; 169:192–6.
87. Arnold SD, Forman LM, Brigidi BD, Carter KE, Schweitzer HA, Quinn HE et.al. Evaluation and characterization of generalized anxiety and depression in patients with primary brain tumors. *Neuro-oncology* 2008; 10: 171–81.
88. Irving G, Lloyd-Williams M. Depression in advanced cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 2010; 14(5): 395-9.
89. Ateşci FÇ, Oğuzhanoglu KN, Baltalarlı B, Karadağ F, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14(2): 145-52.
90. Kutlu R, Çivi S, Börüban MC, Demir A. Kanserli Hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi* 2011; 27(3): 149-53.
91. Tavoli A, Mohagheghi MA, Moztazeri A, Roshan R, Tavoli Z, Omidvari S. Anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: Does knowledge of cancer diagnosis matter? *BMC Gastroenterology* 2007; 7 (28):1-6.
92. Güleç G, Büyükkıncı A. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2011; 3(2): 343-67.
93. Grassi L, Gritti P, Rigatelli M, Gala C. Psychosocial problems secondary to cancer: An Italian multicentre survey of consultation-liaison psychiatry in oncology. Italian consultation-liaison group. *European Journal of Cancer* 2000; 36(5): 579-85.
94. Häne H, Oberholzer R, Walker J, Hopkinson JB, de Wolf-Linder S, Strasser F. Psychosocial consequences of cancer cachexia: The

- development of an item bank. *J Pain Symptom Manage* 2013; 46(6): 795-806.
95. Özkan M. Kanser hastalarında psikolojik tedavi. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı*. 1999; 154-8.
96. Gorman LM, Sultan DF. Psikososyal hemşirelik genel hasta bakımı için. Öz F, Demiralp M (çeviri editörleri) Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi; 2014.
97. Bahar A. Kanser hastalarına psikososyal yaklaşım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007; 10(1): 105-111.
98. Lovejoy NC, Matteis M. Cognitive-behavioral interventions to manage depression in patients with cancer: Research and theoretical initiatives. *Cancer Nursing* 1997; 20: 155-67.
99. Rosen A, Kenny A, Rodriguez W, Rosenzweig L. Psychosocial distress in young cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing* 2009; 25(4): 268-77.
100. Maguire P. Psychosocial interventions to reduce affective disorder in cancer patients: Research Priorities. *Psycho-Oncology* 1995; 4: 113-39.
101. Helbom M, Brandberg Y, Kurland J, Arving C, Thalen-Lindström A, Glimelius B et.al. Assessment and treatment of psychosocial problems in cancer patients: an exploratory study of a course for nurses. *Patient Education and Counseling* 2001; 45: 101-6.
102. Aslan Ö, Sekmen K, Kömürcü Ş, Özet A. Kanserli hastalarda umut. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007; 11(2): 18-24.
103. Jafari E, Najafi M, Sahrabi F, Dehshiri RG, Soleymani E, Hesmati R. Life satisfaction, spirituality well-being and hope in cancer patients. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2010; 5: 1362-6.
104. Elias AC, Ricci MD, Rodriguez LH, Pinto SD, Giglio JS, Baracat EC. The biopsychosocial spiritual model applied to the treatment of women with breast cancer, Through RIME intervention (relaxation, mental images, spirituality). *Complement Therapies in Clinical Practice* 2015; 21(1): 1-6.

105. Delgado-Guay MO, Hui D, Parsons AH, Govan K, Della Cruz M, Thorney S et. al. Spirituality, religiosity and spiritüel pain in advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management* 2011; 6(41): 986-94.
106. Gualdani S, Pegoli M. Spirituality in health care: The role of needs in Critical Care. *Trends in Anaesthesia and Critical Care* 2014; 4: 175-7.
107. Daştan BN, Buzlu S. Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010; 3(1): 74-8.
108. Hiçdurmaz D, Öz F. Stresle baş etmenin bir boyutu olarak spiritüalite. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 16(1): 50-6.
109. Kavas E, Kavas N. Manevi destek algısı (MDA) ölçeği: Geliştirilmesi, geçerliliği ve güvenilirliği, *International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic* 2014; 9(2): 905-15.
110. Özçelik H, Fadiloğlu Ç, Uyar M, Karabulut B. Kanser Hastaları ve Aileleri İçin Palyatif Bakım. 2010 Üniversite Opset, İzmir.
111. Harrisson JD, Young JM, Price MA, Butow PN, Solomon MJ. What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Supportive Cancer Care* 2009; 17(8): 1117-28.
112. Sansor- Fisher R, Girgis A, Boyes A, Bonevski B, Burton L, Cook P. The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Supportive Care Review Group. Cancer* 2000; 88(1): 226-237.
113. Çam O, Gümüş AB, Yıldırım S. Fiziksel hastalıklara verilen psikososyal tepkiler. İçinde: Çam O, Engin E, editörler. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi; 2014: 599-638.
114. Ekinci M, Okanlı A. Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2001; 4(2): 75-80.
115. Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2013; 1(1): 57-72.
116. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 30 (3): 211-6.

117. Deniz KZ. Psikolojik ölçme aracı uyarlama. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi 2007; 1(40):1-16.
118. Ünsal A, Ergül N. Türkiye'deki hemşirelik araştırmalarında kullanılan veri toplama araçları. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2010; 7(1): 432-8.
119. Hançer M. Ölçeklerin yazım dilinden başka bir dile çevirileri ve kullanılan değişik yaklaşımlar. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2003; 6(10): 48-59.
120. Öksüz E, Malhan S. Sağlığa bağlı yaşam kalitesi kalitemetri. Başkent Üniversitesi Yayınları; 2005.
121. Çüm S, Koç N. Türkiye'de psikoloji ve eğitim bilimleri dergilerinde yayımlanan ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarının incelenmesi. Eğitim Bilimleri ve Uygulama 2013; 12 (24): 115-35.
122. Hambleton RK, Patsula L. Increasing the validity of adapted tests: Myths to be avoided and guidelines for improving test adaptation practices. Journal of Applied Testing Technology 1999; 1(1): 1-30.
123. Çapık C. Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 17(3): 196-205.
124. Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanizoğlu SY. Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. Türkiye Klinikleri 2013; 33(1): 210-23.
125. Kline RB. Principle and practice of structural equation modelling. New York: The Guilford Press; 2005.
126. Steiger JH. Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. Multivariate Behavioral Research 1990; 25(2): 173-180.
127. Hu LT, Bentler PM. "Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives," Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal 1999; 6 (1): 1-55.
128. Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlama için rehber I. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2002; 4(1): 9-14.

129. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2002; 4(2): 9-19.
130. University of Virginia Library Research Data Services [Internet]. Charlottesville: Using-And-Interpreting-Cronbach-Alpha, 2016 [erişim tarihi: 02.05.2016]. <http://data.library.virginia.edu>
131. Santos JRA. Cronbach's Alpha: A tool for assessing the reliability of scales. Journal of Extension 1999; 37(2): 1-4.
132. Wells-Di Gregorio S, Porensky E, Minotti M, Brown S, Janet S, Taylor R et.al. The James supportive care screening: integrating science and practice to meet the NCCN guidelines for distress management at a comprehensive cancer center. Psychooncology 2013; 22(9): 1-17.
133. Güzelant A, Göksel T, Ozkok S, Aysan T, Bottomley A. The European organization for research and treatment of cancer QLQ C-30 : An Examination into the culturel validity and reliability of Turkish version Of QLQ –C-30. European Journal Of Cancer Care 2004; 13(2): 135-44.
134. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A. On behalf of the EORTC quality of life group. EORTC QLQ-C30 scoring manual. (3rd ed.). Brussels: EORTC; 2001.
135. Yurdugül, H. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi (Kongre Kitabı). Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi; 2005.
136. Ergin DY. Ölçeklerde geçerlik ve güvenilirlik. M.Ü.Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi 1995; 7: 125-48.
137. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik spss ve lisrel uygulamaları. Ankara: PegemA Akademi Yayınevi; 2010.

138. Şehribanoğlu S. Yapısal eşitlik modelleri ve bir uygulaması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Zootekni Anabilim Dalı; 2005.
139. Schumacker RE, Lomax RG. A beginner's guide to structural equation modeling. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1996.
140. Hooper D, Coughlan J, Mullen M. Structural equation modelling: guidelines for determining model fit. *Journal of Business Research Methods* 2008; 6(1): 53-60.
141. Fan X, Thompson B, Wang L. Effects of sample size, estimation methods, and model specification on structural equation modeling fit indexes. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal* 1999; 6 (1), 56-83.
142. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. [Internet]. Ankara: Türkiyede Kanser Kayıtlığı, 2008 [erişim tarihi: 12.05.2016]. <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-kayitciligi>
143. Akan ŞT, Barışkın E. Kültür ve cinsiyet bağlamında berkeley duygu ifadesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik ölçütleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2016; 27: 1-8.
144. Parkins R. Gender and emotional expressiveness: An analysis of prosodic features in emotional expression. *Pragmatics and Intercultural Communication* 2012; 5(1): 46-54.
145. Baratov HB, Sunar D, Ataca B. Duyguları sergileme kuralları ve bağlamsal belirleyicileri: Türkiye'de üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırma. *Türk Psikoloji Dergisi* 2011; 26(68): 90-101.
146. Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi* 2008; 23(3): 132-9.
147. Gelin D, Ulus B. Hastanede kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015; 6(1):31-5.

148. Eyllen B. Kanser hastası sosyal destek ölçeği'nin geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısı üzerine bir çalışma. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2002; 15(1): 109-17.
149. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9:59-66.
150. Hintistan S, Pekmezci H, Nural N, Güner SG. Kemoterapi alan hastalarda psikolojik semptomlar. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2015; 4(1): 1-9.
151. Karabulutlu EY, Karaman S. Kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2015; 2(3): 271-84.
152. Turan AH. Kanser hastalarında anksiyete, depresyon, uyum güçlüğü prevelansı ve bunların psiko-sosyal durumla ilişkisinin incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1992.
153. Çam O, Çuhadar D. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011; 2(3): 136-40.
154. Bilge A, Çam O. The fight against stigma toward mental illness. TAF Prev Med Bull. 2010; 9(1): 71-78.
155. Akduman GG, Cantürk G. Cinsel istismara uğrayan çocuklara karşı tutum ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Adli Tıp Dergisi 2010; 24(2): 22-9.
156. Acaroğlu R. Revize edilen hemşirelerin mesleki değerleri ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliği. F.N. Hem. Derg 2014; 22(1): 8-16.
157. Gorsuch RL. Factor analysis. Hillsdale NJ: Erlbaum; 1983.
158. Hatcher L. A step-by-step approach to using the SAS® system for factor analysis and structural equation modeling. Cary NC: SAS Institute Inc; 1994.

159. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G. A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods* 2007; 39: 175-91.
160. Yetkiner DY. Travma sonrası bilişler ölçeği (Posttraumatic Cognitions Inventory) Türkçe uyarlama ve üniversite öğrencileri üzerinde geçerlik güvenilirlik çalışması. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Kocaeli, 2010.
161. Büyüköztürk Ş. Faktör analizi: Temel Kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi* 2002; 32: 448-70.
162. Küçüközer H, Ad NK, Ayverdi N, Eğdir S. Yapılandırmacı öğrenme ortamları ölçeğinin türkçe'ye uyarlanması. *Elementary Education Online* 2012; 11(3): 671-88.
163. Aksoy YE. Oxford Doğum Endişesi Ölçeği (Owls) Türkçe Geçerlik Güvenirlik. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Ebelik Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2014. İzmir.
164. Özabacı N. İlişki niteliği ölçeği'nin türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Eğitim ve Bilim* 2011, 36(162):159-67.
165. Zenger M, Lehmann-Laue A, Stolzenburg JU, Schwalenberg T, Ried A, Hinz A. The relationship of quality of life and distress in prostate cancer patients compared to the general population. *GMS Psycho-Social-Medicine* 2010, 7: 1-10.
166. Götze H, Brähler E, Gansera L, Polze N, Köhler N. Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care. *Support Care Cancer* 2014; 22: 2775-82.
167. Beytut T, Başbakkal Z, Karapınar B. Sedasyon tanılama yöntemi-konfor skalasının geçerlik güvenilirlik çalışması. *Ağrı* 2016; 28(2): 89-97.
168. Bilge A, Çam O. Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9:91-6.
169. Çetinkaya A, Özmen D, Temel AB. Hemşirelikte mesleğe bağlılık ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2015; 8(2): 54-60.

170. Cerit B. Hemşirelik etik ikilem testi'nin geçerlik-güvenirlik çalışması ve hemşirelerin etik karar verebilme düzeyi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2010; 17(2): 47-67.
171. Atar NY, Aşti TA. Bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliği. İ.Ü.F.N. Hem. Derg 2012; 20 (2): 129-39.
172. Herschbach P, Book K, Brandl T, Keller M, Lindena G, Neuwöhner K, Marten-Mittag B. Psychological distress in cancer patients assessed with an expert rating scale. Br J Cancer. 2008; 99(1): 37-43.



EKLER

EK I

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Kullanımı İçin Sharla Wells-DiGregorio'dan Alınan İzin

RE: About James Supportive Care Screening

↑ ↓ × ^



Wells, Sharla (Sharla.Wells@osumc.edu) [Kişilere ekle](#) 08.05.2015 ▶

Kime: hacir demirkol ✕

Dear Hacer,

Yes, you can use the Supportive Care Screening for your master's thesis. You must include the copyright at the bottom for any copies you use and maintain the measure in it's original format. I will attach a copy of this for you.

Will you be translating the measure to Turkish? I would be very curious to learn more about your study and potentially collaborate on a publication if you opt to move forward with a manuscript. I think it would be very exciting to learn how Turkish cancer patients might respond to the measure.

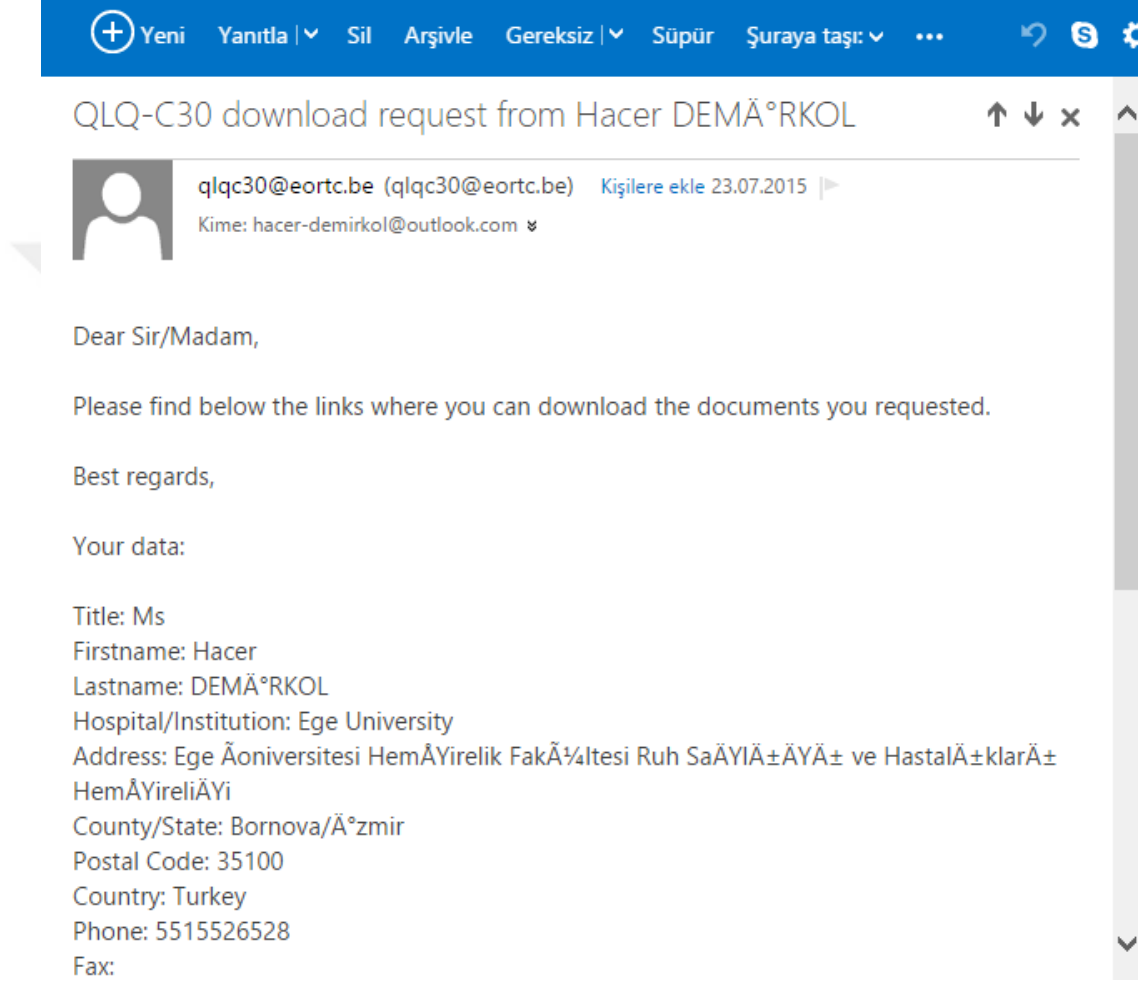
Please let me know if I can be of any assistance.

Sharla

Sharla Wells-Di Gregorio, Ph.D.
Assistant Professor of Psychiatry, Psychology & Internal Medicine
Clinical Psychologist Psychosocial Oncology

EK II

EORTC QLQ (Versiyon 3. 0) Yaşam Kalitesi Ölçeği İçin European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Kuruluşundan Alınan İzin



EK III

EORTC QLQ (Versiyon 3. 0) Yaşam Kalitesi Ölçeği İçin Asuman Güzelant'dan Alınan İzin

Re: EORTC QLQ C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Hakkında



Dr. Asuman Filiz Güzelant (afguzelant@yahoo.com) [Kişilere ekle](#) 09.07.2015 |▶

Kime: hacir demirkol ▼

Sayın Hacer Demirkol,

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını gerçekleştirdiğimiz EORTC QLQ-C30 anketinin kullanım hakkı EORTC'ye ait olup gerekli izinleri bu kurumdan almanız gerekmektedir. Bu kurumun web sitesinden başvuru yapmanız durumunda gönderecekleri sözleşmeyi imzalamanız sonrasında anketin orijinalini ve kullanma ve hesaplama yönergesini size göndereceklerdir. Anketin kullanımı ve değerlendirilmesi aşamalarında desteğe ihtiyacınız olursa lütfen aramaktan çekinmeyiniz. Elimden geldiğince yardımcı olmaktan mutlu olurum.

Saygılarımla

Uzm. Dr. Asuman Filiz GÜZELANT

On Wednesday, July 8, 2015 3:16 PM, hacir demirkol <hacer-demirkol@outlook.com> wrote:

Sayın Asuman GÜZELANT;

Ek IV

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurul İzin Belgesi

**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
(BİLİMSEL ETİK KURULU)**

SAYI : 2015 –98
KONU :Araştırma Kararı

Bornova /İZMİR
14.08.2015

E.Ü. HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

Fakültemiz Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Olcay ÇAM ve Araş.Gör. Hacer DEMİRKOL sorumluluğunda Ekim 2015 – Ocak 2017 tarihinde yapılması planlanan **“Kanser Hastalarında James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği”** konulu araştırma 14.09.2015 tarihinde **Bilimsel Etik Kurulu** tarafından incelenmiş ve **“Araştırmanın Yürütülmesi Uygun”** bulunmuştur.


Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Doç.Dr.Esra ENGİN
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı



Ek V

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Etik Kurul İzin Belgesi

 T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
İdari ve Mali İşlerden Sorumlu Müdürlük
İnsan Kaynakları Bürosu

14 EKİ 2015

SAYI : 38004904-627 - 21868
KONU: Araştırma İzni

EGE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 18.09.2015 tarih ve 34012036/2758 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda adı geçen Hacer Demirkol'un tez çalışması uygulamasını Hastanemiz İç Hastalıkları Anabilim Dalı Onkoloji Bilim Dalında yapma talebi değerlendirilmiş ve uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Mehmet ÖZKAHYA
Başhekim

Üniversite Caddesi No: 9 Posta Kodu: 35100 Bornova / İZMİR Tel : 0 232 390 43 59 – 3166 - 1886 – 3356
Faks: 0 232 3901857 e - posta : hastanepersonel@mail.egc.edu.tr

EK VI

Tanıtıcı Bilgi Formu

TANITICI BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı, bu araştırma “**James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme**” Ölçeği'nin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliğini incelemek amacıyla yapılmaktadır. Veriler başka amaçla kullanılmayacak, sonuçlar toplu halde analiz edilecek ve isminiz hiçbir şekilde açıklanmayacaktır. İstemediğiniz takdirde bu araştırmaya katılmak zorunda değilsiniz. Bu bilimsel araştırmaya desteğiniz için teşekkür ederiz.

1. **Ad- Soyad/Rumuz:**
2. **Yaşınız:**
3. **Cinsiyet:**
 1. Kadın
 2. Erkek
4. **Medeni durumunuz:**
 1. Evli
 2. Bekar
 3. Eşi vefat etmiş/Boşanmış
5. **Eğitim durumunuz:**
 1. Okuma- Yazar Değil- İlkokul
 2. Ortaokul-Lise
 3. Üniversite-Lisans üstü
6. **Mesleğiniz:**
 1. Emekli
 2. Memur
 3. İşçi
 4. Çalışmıyor
 5. Diğer
7. **Gelir Düzeyiniz:**
 1. Gelir giderden az
 2. Gelir gidere denk
 3. Gelir giderden fazla
8. **Çocuğunuz var mı?**
 - 1.Evet
 2. Hayır
9. **Kiminle yaşıyorsunuz?**
 - 1.Yalnız
 2. Ailemle
 3. Arkadaşlarımla
 4. Diğer
10. **Hastalığınız dışında fiziksel bir rahatsızlığınız var mı?**
 - 1.Evet
 2. Hayır
11. **Hastalığınız dışında ruhsal bir rahatsızlığınız var mı?**
 - 1.Evet
 2. Hayır
12. **Hastalığınız ne zaman teşhis edildi?**
13. **Hastalığınızın türü:.....**
14. **Hastalığınızın evresi:.....**
15. **Bakımınıza destek olan birisi var mı? Cevabınız evet ise kimin destek olduğunu belirtiniz.**
 1. Evet.....
 2. Hayır

EK VII

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği

Aşağıda yaşayabileceğiniz belirti, sorun ve endişelerin listesi bulunmaktadır. Bugünü de kapsayacak şekilde, geçtiğimiz hafta boyunca sizin için duygusal açıdan sıkıntı oluşturan ya da rahatsız eden sorunların seviyesini işaretleyiniz. Eğer herhangi bir sorun yaşamıyorsanız “Yok” (0) şıkkını işaretleyiniz.

Duygusal Sorunlar	Distres Seviyesi (Yaşanan Duygusal Sıkıntı Seviyesi)			
	Yok	Az	Orta	Şiddetli
Belirsizlik	0	1	2	3
Korkular	0	1	2	3
Morali bozuk ya da bunalımda hissetme	0	1	2	3
Endişe/Kaygı	0	1	2	3
Günlük aktivitelere karşı ilgi kaybı	0	1	2	3
Fiziksel yetersizlikle başa çıkma	0	1	2	3
Öfke	0	1	2	3
Ağlama	0	1	2	3
Umudunu kaybetme/Umutsuzluk	0	1	2	3
Başkalarına yük oluyormuş gibi hissetme	0	1	2	3
Ölümden korkma/Ölüyor olmaktan korkma	0	1	2	3
Dış görünüşe/Beden algısına dair endişeler	0	1	2	3
Yakında zamanda kayıp/Yas	0	1	2	3
Bunalmış hissetme	0	1	2	3
Manevi/Dini Konular ile İlgili Sorunlar	Yok	Az	Orta	Şiddetli
Kişisel manevi uygulamalar ile ilgili endişeler	0	1	2	3
Allah ya da inanılan Yüce Varlıkla olan ilişki/bağ ile ilgili endişeler	0	1	2	3
Yaşamın anlamı/amacı ile ilgili endişeler	0	1	2	3
Allah tarafından önemsenip/önemsenmediği ile ilgili sorgulamalar	0	1	2	3
Sağlık Bakımı ile İlgili Sorunlar	Yok	Az	Orta	Şiddetli
Uygun tedaviye karar verme ile ilgili endişeler	0	1	2	3
Sağlık ekibiyle olan iletişim sorunları	0	1	2	3
Uzun dönem sağlık bakımını planlama ile ilgili endişeler	0	1	2	3
Şuan ki sağlık durumu ya da tedavi hakkındaki bilgi eksikliği	0	1	2	3
Sosyal Sorunlar	Yok	Az	Orta	Şiddetli
Yaşam koşulları ile ilgili endişeler	0	1	2	3
Barınma/Konaklama sorunları	0	1	2	3
Destek yetersizliği	0	1	2	3
Mali ya da sigorta ile ilgili sorunlar	0	1	2	3
Ulaşım sorunları	0	1	2	3

İlaçları elde etme ile ilgili sorunlar	0	1	2	3
Bilişsel Sorunlar	Yok	Az	Orta	Şiddetli
Unutkanlık/Hafıza ile ilgili sorunlar	0	1	2	3
Dikkati toplamada zorlanma	0	1	2	3
Zihin bulanıklığı	0	1	2	3
Fiziksel Belirtiler	Yok	Az	Orta	Şiddetli
Kusma	0	1	2	3
Mide bulantısı	0	1	2	3
Yorgunluk/Enerji kaybı	0	1	2	3
İştahsızlık	0	1	2	3
Güçsüzlük	0	1	2	3
Kilo kaybı	0	1	2	3
Uykulu hissetme/Sersemlik	0	1	2	3
Sıcak basması/Gece Terlemesi	0	1	2	3
Kramp	0	1	2	3
Ağrı	0	1	2	3
Uyku sorunları	0	1	2	3
Nefes darlığı	0	1	2	3
Karıncalanma/Uyuşma	0	1	2	3
İshal	0	1	2	3
Kabızlık	0	1	2	3
Ağız kuruluğu	0	1	2	3
İnatçı öksürük	0	1	2	3


Aşağıdaki endişe ya da problemlerden herhangi birini yaşıyor musunuz?			Bu Konu Hakkında Bilgi Almak İster Misiniz?
Cinsellik ile İlgili Sorunlar	Evet	Hayır	Evet Hayır
Konuşmada Zorluk/ Yutkunmada Zorluk	Evet	Hayır	Evet Hayır
Beslenme/ Diyet ile İlgili Endişeler	Evet	Hayır	Evet Hayır
Aile ve Arkadaşların Nasıl Baş Edeceklerine Dair Endişeler	Evet	Hayır	Evet Hayır
Sigara ya da Tütün Ürünlerinin Kullanımı ile İlgili Sorunlar	Evet	Hayır	Evet Hayır
Alkol, Keyif Amaçlı Madde Kullanımı ya da Tedavi İçin Verilen İlaçların Kötüye Kullanımı ile İlgili Sorunlar	Evet	Hayır	Evet Hayır
Malulen Emekli Olmayı Belgelemek ile İlgili Sorunlar	Evet	Hayır	Evet Hayır

Şuanda sizin için en çok duygusal sıkıntı oluşturan şey nedir?

Ek VIII

EORTC QLQ (Versiyon 3. 0) Yaşam Kalitesi Ölçeği

TURKISH



EORTC QLQ-C30 (version 3.0)

Siz ve sağlığınız hakkında bazı şeylerle ilgileniyoruz. Lütfen soruların tamamını size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların “doğru” veya “yanlış” yanıtları yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır.

Lütfen ad ve soyadınızın baş harflerini yazınız:

Doğum gündünüz (Gün, Ay, Yıl):

Bugünkü tarih (Gün, Ay, Yıl): 31

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1. Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	1	2	3	4
2. <u>Uzun</u> bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	1	2	3	4
3. Evin dışında <u>kısa</u> bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4. Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
Geçtiğimiz hafta zarfında:				
6. İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7. Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8. Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9. Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10. Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12. Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13. İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14. Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15. Kustunuz mu?	1	2	3	4

Lütfen arka sayfaya geçiniz

Geçtiğimiz hafta zarfında:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
16. Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
17. İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18. Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19. Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21. Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22. Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24. Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
25. Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>aile</u> yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>sosyal</u> aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28. Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız

29. Geçen haftaki sağlığınıza genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

ÖZGEÇMİŞ

1986 yılında Karabük/Eskipazar'da doğdu. İlkokulu Şehit Cafer Demirhan İlköğretim Okulu ve lise eğitimini Eskipazar Çok Programlı Lise'sinde tamamladı. 2004 yılında Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda hemşirelik öğrenimine başladı. 2008 yılında hemşirelik bölümünden mezun olduktan sonra 2008-2013 yılları arasında Florence Nigthingale Hastanesi, Alman Hastanesi ve Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde hemşire olarak görev yaptı.

Aynı yıl ÖYP kapsamında Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programına atandı. Program kapsamında 2014 yılında Ege Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilimdalı'nda göreve başladı. Halen Ege Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak görev yapmaktadır.

Ar. Gör. Hacer DEMİRKOL

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

hacer.demirkol@ege.edu.tr