



T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PALYATİF BAKIMDA MEME KANSERİ KONFOR  
DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİLİK VE  
GÜVENİRLİĞİ

Rahime YÖNTEM ÖLMEZ

2022  
DENİZLİ

T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PALYATİF BAKIMDA MEME KANSERİ KONFOR DEĞERLENDİRME  
ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİĞİ**

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Rahime YÖNTEM ÖLMEZ**

**Tez Danışmanı: Doç.Dr.İlgün ÖZEN ÇINAR**

**Denizli, 2022**

## ETİK BEYAN

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırılmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

Öğrencinin Adı ve Soyadı: Rahime YÖNTEM ÖLMEZ

İmza:

## ÖZET

### **PALYATİF BAKIMDA MEME KANSERİ KONFOR DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ**

YÖNTEM ÖLMEZ, Rahime

Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD

Tez Yöneticisi: Doç.Dr. İlgün ÖZEN ÇINAR

Temmuz 2020, 110 Sayfa

Meme kanseri tanısı alan hastalar ve aileleri konforda bozulma yaşamaktadır. Konfor sağlık hizmetlerinde önemli olup meme kanseri hastaları da dahil olmak üzere tüm kanser hastalarının ve palyatif bakımın bir parçasıdır. Hastaların fiziksel, psiko-spritüel, sosyo-kültürel, ekonomik ve çevresel nedenler gibi alt boyutlarda konforunu değerlendirmek son derece önemlidir. Literatürde meme kanseri tanısı alan hastaların konforunu değerlendiren bir ölçeğe rastlanmaması nedeniyle ölçeğin Türk kültürüne kazandırılması amaçlanmaktadır. Çalışmanın örneklemini Pamukkale Üniversitesi Onkoloji Polikliniğine kayıtlı, tedavi olan ve tedavi sonrası kontrole gelen meme kanseri hastalarından oluşmaktadır. Çalışmanın verileri Eylül 2019-Haziran 2020 tarihleri arasında yüz-yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu, Meme Kanseri Konfor Değerlendirme Ölçeği ve eş zaman geçerliliğini değerlendirmek amacıyla Genel Konfor Ölçeği kısa formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde, R-Project Programı, Lavaan Paketi ve IBM SPSS 26 programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde, katılımcılara ilişkin bilgiler sayı ve yüzde dağılımları ile incelenmiştir. Ölçeğin uyarlama sürecinde Uluslararası Test Komisyonu Kılavuzu (2018) önerileri kullanılmıştır. Geçerlilik analizinde; dil geçerliliği, kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliği yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği; iç tutarlılık madde analizi, Cronbach alfa ve iki yarı güvenilirliği ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda; ölçeğin Kaiser Meyer-Olkin değeri 0,78, Barlett's testi değeri 4454,53 olarak hesaplanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi uyum indeksleri CFI 0,885, GFI 0,927,  $\chi^2/SD$  2,612 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,855, Spearman-Brown korelasyon katsayısı 0,784 olarak bulunmuştur. Eş zaman geçerliliği yapılan Genel Konfor Ölçeği arasında anlamlı ilişki bulunmuş; korelasyon katsayısına bakıldığında ilişkinin yönü pozitif ve orta düzeyde olduğu görülmüştür. Sonuç olarak Meme Kanseri Konfor Değerlendirme Ölçeği Türkçe formu palyatif bakımda meme kanseri hastalarının konforunu değerlendirme de geçerli ve güvenilir bir araçtır.

Anahtar Kelimeler: Palyatif Bakım, Meme Kanseri, Konfor, Geçerlilik, Güvenilirlik

**ABSTRACT**  
**THE VALIDITY AND RELIABILITY OF THE BREAST CANCER COMFORT**  
**ASSESSMENT SCALE IN PALLIATIVE CARE**

YÖNTEM ÖLMEZ, Rahime

Master Thesis, Department of Public Health Nursing

Thesis Supervisor: Doç.Dr. İlgün ÖZEN ÇINAR

July 2022, 110 Pages

Patients diagnosed with breast cancer and their families experience a deterioration in comfort. Comfort is important in healthcare and is a part of palliative care and all cancer patients, including breast cancer patients. It is extremely important to evaluate the comfort of patients in sub-dimensions such as physical, psycho-spiritual, socio-cultural, economic and environmental reasons. Since there is no scale in the literature that evaluates the comfort of breast cancer patients in palliative care, it is aimed to bring the scale to Turkish culture. The sample of the study consisted of breast cancer patients who were registered to Pamukkale University Oncology Polyclinic, who were treated and who came for control after treatment. The data of the study were collected by face-to-face interview technique between September 2019 and June 2020. Introductory Information Form, Breast Cancer Comfort Rating Scale, and General Comfort Scale short form were used to evaluate concurrent validity. R-Project Program, Lavaan Package and IBM SPSS 26 program were used in the analysis of the data. In the analysis of the data, the information about the participants was examined by number and percentage distributions. In the adaptation process of the scale, the recommendations of the International Testing Commission Guide (2018) were used. In the validity analysis; language validity, content validity and construct validity were performed. The reliability of the scale; Internal consistency was evaluated with item analysis, Cronbach's alpha and two-half reliability. As a result of the analysis; Kaiser Meyer-Olkin value of the scale was calculated as 0.78 and Barlett's test value as 4454.53. Confirmatory factor analysis fit indices were calculated as CFI 0.885, GFI 0.927,  $\chi^2/SD$  2.612. The Cronbach's alpha coefficient of the scale was 0.855, and the Spearman-Brown correlation coefficient was 0.784. A significant relationship was found between the concurrently validated General Comfort Scale; When the correlation coefficient is examined, it is seen that the direction of the relationship is positive and moderate. In conclusion, the Turkish version of the Breast Cancer Comfort Evaluation Scale is a valid and reliable tool for evaluating the comfort of breast cancer patients in palliative care.

Keywords: Palliative Care, Breast Cancer, Comfort, Validity, Reliability

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın planlanması, yürütülmesi ve tamamlanmasında her türlü desteği sağlayan, değerli zamanını bana ayırıp, sabır ve bilgi birikimiyle bana faydalı olabilmek için tüm emeklerini sarf eden, her zaman beni motive etmeye çalışan, güler yüzlü ve neşeli tavrını benden esirgemeyen, gelecekteki mesleki hayatımda verdiği bilgileri sürekli kullanabileceğimi düşündüğüm ve her zaman örnek alacağım değerli danışman hocam Doç. Dr. İlgün ÖZEN ÇINAR 'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgi ve deneyimlerini paylaşan güler yüzlü içten yaklaşımıyla desteğini hissettiren Prof. Dr. Asiye KARTAL'a Doç. Dr. Gülbahar Korkmaz ASLAN'a, ve Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ'ye,

Tez savunma sınavında jüri olmayı kabul edip değerli bilgilerini bizlerle paylaşan Dr. Öğr. Üyesi Leyla MUSLU'ya,

Tez çalışmam sırasında tecrübeleri ile yol gösterici ve destek olan Prof.Dr. Gamze Gököz Doğu ve tüm onkoloji polikliniği asistan hekimlerine ve hemşirelerine, ölçeğin kullanılması için izin veren ve destek sağlayan Tuti Nuraini'ye,

Yaşamımın her döneminde olduğu gibi, bu aşamada da benden sevgi ve desteğini esirgemeyen, tezimin her aşamasında maddi ve manevi olarak beni yalnız bırakmayan değerli aileme ve eşime,

Tez sürecinde yardımcı olmaya çalışan ve her zaman destekleyen canım arkadaşlarıma,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Rahime YÖNTEM ÖLMEZ

## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	i
<b>ABSTRACT</b> .....	ii
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	iii
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	iv
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	vii
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	viii
<b>SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	ix
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
1.2. Araştırma Hipotezleri.....	3
1.2. Amaç.....	3
<b>2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI</b> .....	4
2.1. Kanser Epidemiyolojisi ve Önemi.....	4
2.2. Meme Kanseri.....	5
2.2.1. Dünyada Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	5
2.2.2. Türkiye’de Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	6
2.2.3. Meme Kanseri Risk Faktörleri.....	6
2.3. Palyatif Bakım.....	9
2.3.1. Palyatif Bakım Tanımı ve Tarihçesi.....	9
2.3.2. Palyatif Bakım Amacı.....	12
2.3.3. Palyatif Bakım İlkeleri ve Temel Bileşenleri.....	12
2.3.3.1. Palyatif Bakım İlkeleri.....	12
2.3.3.2. Palyatif Bakım Temel Bileşenleri.....	13
2.3.4. Palyatif Bakıma İhtiyacı Olan Hasta Grubu.....	14
2.3.5. Palyatif Bakım ve Kanser.....	15
2.3.6. Palyatif Bakım Ekibi.....	16
2.3.7. Hemşirelik ve Palyatif Bakım.....	16
2.3.8. Dünyada Palyatif Bakım Uygulamaları.....	19
2.3.9. Türkiye’de Palyatif Bakım Uygulamaları.....	21
2.4. Konfor Kuramı.....	23
2.4.1. Konfor Kuramının Düzey ve Boyutları.....	24
2.5. Meme Kanseri ve Konfor.....	27
2.6. Kültürler Arası Ölçek Uyarlaması.....	27
2.6.1. Uluslararası Test Komisyonu (ITC) Kılavuzu.....	28
2.6.2. Ölçek Uyarlamada Geçerlilik ve Geçerlilik Analizleri.....	30
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	31

3.1. Araştırma Tipi.....	31
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	31
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	32
3.5. Araştırmaya Kabul Edilme Kriterleri.....	32
3.6. Veri Toplama Araçları.....	32
3.6.1. Hastalara İlişkin Tanıtıcı Bilgi Formu (EK1).....	33
3.6.2. Meme Kanseri Konfor Değerlendirme Ölçeği (EK2).....	33
3.6.3. Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu (EK3).....	33
3.7. Verileri Toplanması.....	34
3.8. Ölçeğin Ön Uygulaması.....	34
3.9. Meme Kanseri Konfor Değerlendirme Ölçeği Uyarlama Süreci Aşamaları.....	35
3.9.1. Ölçeğin Dil Geçerliliği.....	35
3.9.2. Ölçeğin Kapsam Geçerliliği.....	38
3.9.3. Ölçeğin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri.....	39
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi.....	39
3.11. Araştırmanın Etik Yönü.....	39
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	42
3.13. Süre ve Olanaklar.....	42
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>43</b>
4.1. Meme Kanseri Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Hastalık Öyküleri.....	43
4.2. Meme Kanseri Konfor Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlilik Bulguları.....	46
4.2.1. Dil Geçerliliği.....	46
4.2.2. Kapsam Geçerliliği.....	46
4.2.3. Ölçeğin Ön Uygulama Analizleri.....	48
4.2.4. Ölçeğin Yapı Geçerliliği.....	50
4.2.4.1. Kaiser Meyer-Olkin ve Barlett's Testi.....	50
4.2.4.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	51
4.2.5. Eş Zaman Geçerliliği Analizi.....	54
4.3. Meme Kanseri Konfor Değerlendirme Ölçeğinin Güvenirlik Bulguları.....	54
4.3.1. Verilerin Normallik Dağılımları.....	54
4.3.2. İç Tutarlılık ve Homojenlik Analizi.....	57
4.3.3. İki Yarı Güvenirliliği (Split Half) Analizi.....	58
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>60</b>
5.1. Ölçeğin Geçerliliği.....	60



5.1.1. Ölçeğin Dil ve Kapsam Geçerliliği.....	60
5.1.2. MKKDÖ 'nin Yapı Geçerliliği.....	61
5.1.3. MKKDÖ'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	62
5.1.4. Ölçeklerin Eş Zaman Geçerliliği.....	64
5.2. Ölçeklerin Güvenilirliği.....	65
5.2.1. Ölçeklerin Normallik Dağılımı.....	65
5.2.2. Ölçeklerin İç Tutarlılığı.....	65
5.2.3. Ölçeklerin Madde Analizi.....	66
5.2.4. Ölçeklerin İki Yarı Güvenilirliği.....	67
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>68</b>
6.1. Sonuçlar.....	68
6.2. Öneriler.....	69
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>71</b>
<b>8. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>80</b>
<b>9. EKLER.....</b>	<b>81</b>
EK-1 HASTALARA İLİŞKİN TANITICI BİLGİ FORMU	82
EK-2 MEME KANSERİ KONFOR DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	83
EK-3 GENEL KONFOR ÖLÇEĞİ KISA FORMU	84
EK-4 ÖLÇEĞİN ORJİNAL FORMU	85
EK-5 MEME KANSERİ KONFOR DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİN İLERİ ÇEVİRİSİ	86
EK-6 UZMAN PANELİ FORMU	88
EK-7 MEME KANSERİ KONFOR DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ GERİ ÇEVİRİSİ	91
EK-8 MEME KANSERİ KONFOR DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ İLERİ VE GERİ ÇEVİRİSİNİ YAPAN UZMANLARIN İSİM LİSTESİ	92
EK-9 KAPSAM GEÇERLİLİĞİ İÇİN GÖRÜŞ ALINAN UZMANLARIN İSİM LİSTESİ	93
EK-10 DENİZLİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZİNİ	94
EK-11 PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ETİK ARAŞTIRMALAR KURULU ETİK KURUL İZİNİ	95
EK-12 MEME KANSERİ KONFOR DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ	96
EK-13 GENEL KONFOR ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ	97
EK-14 MKKDÖ'NİN 14. MADDE DEĞİŞİMİ İÇİN YAZARDAN İZİN FORMU	98

**ŞEKİLLER DİZİNİ**

Şekil 2.1	Palyatif Bakım Modeli Bakımın Sürekliliğinin Grafikselle Gösterimi	10
Şekil 2.2	Palyatif Bakım Yaklaşımı	11
Şekil 2.3	Konforun Taksonomik Yapısı	26
Şekil 3.1	Araştırmanın Akış Şeması	35
Şekil 3.2	MKKDÖ'nin ITC 2018 Kılavuzuna Göre Çeviri Prosedürü Süreci	37
Şekil 3.3	MKKDÖ'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri	41
Şekil 4.1	DFA'nın Grafikselle Yapısı	53
Şekil 4.2	MKKDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarına Ait Toplam Puanları Histogramı	56

## TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 3.1	MKKDÖ'nin ITC Kılavuzu Birinci Bölümüne Göre Uyarlama Süreci ve Kanıtları	36
Tablo 3.2	MKKDÖ'nin ITC Kılavuzu İkinci Bölüme Göre Uyarlama Süreci ve Kanıtları	37
Tablo 3.3	Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler	40
Tablo 3.4	Araştırmanın Zaman Çizelgesi	42
Tablo 4.1	Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	44
Tablo 4.2	Meme Kanseri Hastalarının Hastalık Öyküsüne Göre Dağılımları	45
Tablo 4.3	MKKDÖ'nin Kapsam Geçerliliği Analiz Sonuçları	47
Tablo 4.4	MKKDÖ'nin Ön Uygulama Güvenilirlik Analizi Sonuçları	49
Tablo 4.5	MKKDÖ'nin Ön Uygulama Split Half Korelasyon Katsayıları	50
Tablo 4.6	MKKDÖ Maddelerine Ait Kaiser Meyer-Olkin (KMO) Testi ve Barlett's Testi Değerleri	50
Tablo 4.7	MKKDÖ'ne Ait DFA İstatistikleri	52
Tablo 4.8	MKKDÖ'ne Ait DFA Bulgularının Uyum İndeksleri	53
Tablo 4.9	MKKDÖ ve GKÖ Toplam Puanları Arasındaki İlişki	54
Tablo 4.10	MKKDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarına Ait Toplam Puanların Tanımlayıcı İstatistikleri ve Normallik Testleri	54
Tablo 4.11	MKKDÖ'nin Güvenilirlik Analiz Sonuçları	57
Tablo 4.12	MKKDÖ'nin İç Tutarlılığı	58
Tablo 4.13	MKKDÖ'nin Split Half Korelasyon Katsayıları	59

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACS.....	American Cancer Society
AFA.....	Açımlayıcı Faktör Analizi
AGFI.....	Düzeltilmiş Uyum İndeksi
ANA.....	American Nurses Association
CFI.....	Karşılaştırmalı Uyum İyiliği
CVI.....	Content Validity Index
DFA.....	Doğrulayıcı Faktör Analizi
GFI.....	Uyum İyiliği İndeksi
GKÖ.....	Genel Konfor Ölçeği
ITC.....	Uluslararası Test Komisyonu
KGİ.....	Kapsam Geçerliliği İndeksi
KMO.....	Kaiser Meyer-Olkin
PAÜ.....	Pamukkale Üniversitesi
MKKDÖ.....	Meme Kanseri Konfor Değerlendirme Ölçeği
RMR.....	Hata Kareler Ortalamasının Karekökü
RMSA.....	Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü
SB.....	Sağlık Bakanlığı
SRMR.....	Standardize Ortalama Hataların Kare Kökü
SPSS.....	Statistical Package for the Social Sciences
TLI.....	Normlandırılmamış Uyum İndeksi
TDK.....	Türk Dil Kurumu
WHO.....	Dünya Sağlık Örgütü
WHPCA.....	Worldwide Hospice Palliative Care Alliance

## 1. GİRİŞ

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kanser, insidans ve mortalite oranı bakımından önemli bir halk sağlığı sorunudur (Bray vd 2018, Hailu vd 2020). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2021 verilerine göre 185 ülkenin 112'sinde kanser ölümlerin ikinci nedenidir (WHO 2021). Ülkelerin nüfus yapısı, yaşam tarzı, genetik faktörler, çevresel faktörleri kanserler üzerinde etkilidir. Bu nedenle ülkeler arasında kanser mortalite ve morbitide oranları farklılık göstermektedir (Momenimovahed ve Salehiniya 2019). Örneğin her iki cinsiyette tüm vakaların yarısı ve ölümlerin %58,3'ü Asya'da görülmektedir, meme kanseri çoğu ülkede kadınlar için en yaygın kanser türü olmasına rağmen Sahra Altı Afrika'da ve Güneydoğu Asya'da serviks kanseri daha fazladır (Sung vd 2021).

Meme kanseri dünya genelinde insidansı sürekli artan ikinci kanser türüdür. Kadınlar arasında ise en çok görülen kanser türüdür (Bray vd 2018). Tüm kanser vakalarının %11,7'sini meme kanseri oluştururken kadın cinsiyetinde görülen kanserlerin %24,5'ini oluşturur (Siegel vd 2019). Ülkemizin meme kanseri insidansı, dünya verilerine benzerlik gösterir. Tüm kanser vakalarının içerisinde meme kanseri %23,9 oranında görülür. Hem ülkemizde hem de dünya genelinde en erken teşhis edilen aynı zamanda en fazla ölüme sebep olan kanserdir (Bray vd 2018). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada, her kadının yaşamı boyunca meme kanserine yakalanma riskinin %12,4 olduğu belirtilmektedir (Momenimovahed ve Salehiniya 2019).

Meme kanserinin birincil koruma yöntemleri ile erken tanı şansı artar. Vücut ağırlığının kontrolü, alkol ve sigara kullanımının azaltılması, fiziksel aktivitenin artırılması, emzirmenin teşviki gibi yöntemlerle meme kanseri riski azalır (American Cancer Society 2018). Ülke genelinde kadınların meme kanseri tarama yöntemleri konusunda bilinci artırılarak son evreye gelmiş kanser vakalarının önüne geçilir. Etkin tedavi ve bakım ile meme kanseri nedeniyle gerçekleşen ölümlerin azaltılması sağlanır (Sung vd 2021).

Son yıllarda tıbbın ve teknolojinin gelişmesiyle birlikte kanser tedavisi alan bireylerin yaşam süreleri uzamış ve sağkalım oranları artmıştır (ACS 2018). Bu gelişmelerle kanser, kısa sürede ölümlle sonuçlanan bir hastalık olmaktan ziyade tedavisi uzun süren, bireyin kendi yaşam alanında bakım ihtiyacının arttığı kronik bir hastalık olmuştur. Ortalama yaşam süresi uzayan hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi amacıyla özel bir bakıma ihtiyacı vardır (Hailu vd 2020). Kanserli hastaların evde bakımında, hasta yakınlarının bakımda daha aktif rol alması daha fazla sorumluluk almalarına neden olur (Özçelik vd 2014, Zimmermann vd 2014, Ferrell 2019). Kanser artması, yapılan tedavilerle yaşam sürelerinin uzaması palyatif bakıma olan gereksinim ve önemi de artırır. Palyatif bakım erken dönemde entegrasyonun sağlanması ile birlikte hastanın yaşam kalitesini etkileyen semptomların azalmasını ve kanserli hastaların daha rahat yaşamasını sağlar (Zimmermann vd 2014, Ferrell 2019).

Palyatif bakım, yaşamı riske atan ve tehdit eden hastalığa sahip olan birey ve aileye hastalığın tanısı, tedavi, ölüme kadar olan süreç ve yas döneminde yaşam kalitesini arttırmayı amaçlayan multidisipliner yaklaşımla sunulan bir bakımdır (WHO 2021). Kanser de tüm dünyada ve ülkemizde insidansı artan yaşamı tehdit eden bir hastalıktır. Özellikle kadın kanserleri içerisinde meme kanseri çok hızlı metastaz yapabilmesi, ağrı gibi semptomların sık görülmesi ve bireyin beden algısını etkilemesi nedeniyle palyatif bakıma erken entegrasyonu sağlanması gerekir (Malloy vd 2019). Bu konuda yapılan bir çalışma, palyatif bakım alan meme kanseri hastalarının almayanlara göre, sağlık göstergelerinin daha iyi ve depresyon belirtilerinin daha az olduğunu, hastaların yaşamın son 6 haftasında daha az kemoterapi aldıkları ve aktif kanser tedavisinden sonra yaşam süresinin daha uzun olduğunu vurgulamaktadır (Rugno vd 2014).

Meme kanseri hastaları ve aileleri konforda bozulma yaşamaktadır. Konfor sağlık hizmetlerinde önemli olup meme kanseri hastaları da dahil olmak üzere tüm kanser hastalarının palyatif bakımının bir parçasıdır (Nuraini vd 2018). Florence Nightingale'den bu yana hemşirelik mesleğinde konfor terminolojisi kullanılır. Kolcaba tarafından geliştirilen (1991) konfor kuramı; fiziksel konfor, psiko-spiritüel konfor, sosyo-kültürel konfor ve çevresel konfor olarak dört boyuttan oluşur (Kolcaba 2003, Üstündağ 2009). Konfor, bütüncül bir bakım sağlanmanın bir parçası olmasından dolayı palyatif bakımın içerisinde yer alır. Coelho ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada palyatif bakım alan onkoloji hastalarının konforunun arttığı, konforla birlikte ağrısının azaldığı, dispne ve anksiyete gibi semptomları yaşamadığı belirtilmiştir (Coelho vd 2018).

Palyatif bakımda meme kanseri hastaları, hastalığın getirdiği semptomlar nedeniyle (ağrı, uykusuzluk, dispne vb.) problemler yaşar. Konforu iyi sağlanan hastalar daha hızlı iyileşir, rehabilitasyonu daha iyi olur ve hastalık stresi ile daha iyi baş ederler. Meme kanseri hastalarının fiziksel, psiko-sosyal, sosyo-kültürel, ekonomik, hastane ortamı açısından konforunu değerlendirmek için bütüncül bir araca gereksinim duyuldu. Ayrıca sağlık çalışanlarının hastalara tanı koymada, tedavi ve bakım uygulamalarında yararlanabilmesi için bir ölçeğe gereksinim vardı. Bu nedenle Nuraini ve arkadaşları (2018) ilk kez meme kanseri hastalarının konforunu değerlendiren bir çalışma yaparak meme kanseri konfor değerlendirme ölçeğini (MKKDÖ) geliştirdi (Nuraini vd 2018).

Ülkemizde meme kanseri hastalarının konforunu ölçen bir araca rastlanmadı. Bu amaçla Nuraini ve arkadaşları tarafından geliştirilen Meme Kanseri Konfor Değerlendirme aracının Türk toplumuna kazandırılması hedeflendi. Bu ölçeğin klinik uygulamalarda ve araştırmalarda kullanılabilmesi ve literatüre katkı sağlaması beklenmektedir.

### **1.1. Araştırma Hipotezleri**

H1: Meme Kanseri Konfor Değerlendirme Ölçeği, Türk Toplumunu için geçerli bir ölçüm aracıdır.

H2: Meme Kanseri Konfor Değerlendirme Ölçeği, Türk Toplumunu için güvenilir bir ölçüm aracıdır.

### **1.2. Amaç**

Meme Kanseri Konfor Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği yapılarak Türk toplumuna kazandırılması amaçlanmıştır.

## 2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

### 2.1. Kanser Epidemiyolojisi ve Önemi

Dünyanın çoğu ülkesinde kanser önde gelen bir sağlık sorunudur ve insanların yaşam kalitesinin artmasının önünde önemli bir engel olarak yer alır (Sung vd 2021). Kanser insidansı ve mortalitesi ülkelerin gelişmişlik düzeylerinden etkilenmeksizin dünya genelinde artış göstermektedir (WHO 2021). 2018 yılında dünyada 18,1 milyon yeni kanser vakası varken 2020 yılında bu sayı 19,3 milyona ulaşmıştır. Kansere bağlı ölüm ise 2020 yılında 9,6 milyondan 10 milyona ulaşmıştır (Bray vd 2018, Sung vd 2021). Dünyada 30 ile 69 yaşları arasındaki tüm erken ölümlerin yaklaşık %30' unun nedeni kanserdir. Dünyadaki kanser sayılarının 2040 yılına kadar ikiye katlanacağı (yaklaşık 29-37 milyon) tahmin edilmektedir. En fazla artışında düşük ve orta gelirli ülkelerde olması beklenmektedir (WHO 2020).

Dünya genelinde, tüm yaş gruplarına göre erkeklerde en sık görülen ilk dört kanser; akciğer (%14,3), prostat (%14,1), kolorektal (%10,6) ve mide (%7,1) kanserleri iken, kadınlarda, sırasıyla meme (%24,5), kolorektal (%9,4), akciğer (%8,4) ve serviks (%6,5) kanseridir. Genel insidans, her iki cinsiyet için, düşük ve orta insani gelişim endeksine sahip ülkelerde iki-üç kata kadar daha yüksektir (Sung vd 2021).

Ülkemizde kanser, ölüm nedenleri sıralamasında ikinci sırada yer alan önemli bir sağlık sorunudur. Nüfusun artmasına bağlı olarak kanser hastası sayısı da artmaktadır. Ülkemizde 2020 yılında 233.834 kişi kanser tanısı almıştır. Kanser taramalarının artmasıyla daha fazla kişiye ulaşılabilen ve erken tanı konmaktadır. (Türkiye Kanseri İstatistikleri 2020, GLOBOCAN 2020, Özdoğan 2021). Ülkemizde tüm yaş gruplarında erkeklerde görülen ilk üç kanser sıralaması dünyadaki sıralama ile aynı iken kadınlarda ise sırasıyla; meme (%23,9), tiroid (10,9), kolorektal (%9,1) ve akciğer kanseri (%7) şeklindedir (Türkiye Kanseri İstatistikleri 2020).



Kanser insidansı tütün kullanımı, alkol kullanımı, sağlıksız beslenme ve fiziksel hareketsizlik, dünya genelinde önemli kanser risk faktörleridir (WHO 2019). Kanserlerin %30-50'si risk faktörlerinden kaçınılarak ve mevcut kanıtı dayalı önlemlere uyularak önlenir. (Özçelik vd 2014, WHO 2019). Kanserlerin erken teşhisi ve kanser geliştiren hastalıkların yönetimi ile kanser yükü azaltılabilir. Erken teşhis edilir ve uygun şekilde tedaviyle birçok kanserin iyileşme şansı yüksektir. Bu nedenle kaliteli bakıma, tanılamaya, uygun maliyetli tedavilere uygun ve zamanında evrensel erişim gereklidir (WHO 2021). Küresel olarak önemli bir sorun olan kanser için önleme, teşhis, tedavi, yönetim, palyatif bakım ve izlem yoluyla küresel kanser kontrolünü hızlandırmak önemlidir (WHO 2020).

## 2.2. Meme Kanseri

Teşhisinde ve tedavisinde önemli gelişmeler kaydedilmiş olmasına rağmen kadınlar arasında dünya genelinde mortalite ve morbiditenin en yüksek olduğu kanser türüdür (Moo vd 2018, Hailu vd 2020). Meme kanserinin 2008 yılından bu yana her yıl %0,5 oranında insidansı artmıştır (ACS 2018).

Kadın kanserleri içerisinde en çok görülen kanser türü olmasına rağmen diğer kanserlere göre sağkalım oranı daha yüksektir. Erken teşhisi ve tanısı prognozunu ve sağkalım oranını artırır. (Siegel vd 2019). Amerika'da yapılan bir çalışma; meme kanserinin erken teşhis edilmesinin sağkalım oranını %80 artırdığını saptamıştır (Moo vd 2018). Mamografi, erken aşamada meme kanserini tespit etmede kullanılan en etkili yöntemdir. Erken teşhis, tedavi seçeneğini artırır ve ölme riskini azaltır. ACS 40 yaş ve üzeri kadınların her yıl mamografi yaptırması gerektiğini önermektedir (ACS 2018).

### 2.2.1. Dünyada Meme Kanseri Epidemiyolojisi

GLOBOCAN 2020 yılı kanser verilerine göre 2,3 milyon kadına meme kanseri tanısı konmuştur. Bu oran tüm kanserlerin %11,7'sini oluşturmaktadır. İstatistiklere göre her dört kadından biri meme kanseridir. Dünya genelinde kadınlar arasında meme kanseri görülme oranı %43,7'dir (Ferlay vd 2020). Meme kanseri insidansı en yüksek Belçika'da (100.000 kişide %95,6) görülürken insidansı en düşük ülke Güney Orta Asya (100.000 kişide %26,2)'dir (Sung vd 2021). Yaşa göre meme kanseri görülme oranı ise %27,4 artmaktadır (Ferlay vd 2020). Dünya genelinde ergenlikten sonra her yaşta görülmeye başlasa da menapozla giren kadınlarda daha fazla görülmektedir (WHO 2021).

Kadınlarda en sık tanı konulan kanser 159 ülkede meme kanseri iken, mortalite bakımından 110 ülkede meme kanseri yer almaktadır (Sung vd 2021). Meme kanseri nedeniyle 2018 yılında 626.679 kişi hayatını kaybetmişken 2020 yılında bu sayı 680.000 olmuştur (WHO 2020, Sung vd 2021). Batı Afrika (100.000 kişide %22,3) ve Karayipler (100.000 kişide %18,9) gibi geçiş ülkelerinde mortalite oranı daha yüksektir (Siegel vd 2019).

### **2.2.2. Türkiye’de Meme Kanseri Epidemiyoloji**

Ülkemizde meme kanseri sıklığı 1994’ten 2020 yılına kadar 25 yıllık sürede 2,5 kat artmış ve 50/100.000’in üzerine çıkmıştır. Bu artışın nedenleri olarak, yaşam biçiminin değişmesi, nüfusun yaşlanması, farkındalığın artması ile düzensiz çekilen mamografi sayılarının artması ve nüfusun artması sayılabilir. Bu hızlı artış ülkemizde korunma, tarama ve erken tanı çalışmalarının ciddiyetinin de artırılması gerektiğini ortaya çıkarmaktadır (Özmen 2019). Ülkemizde 2020 yılında Meme kanseri tüm kanserler içerisinde de 24.175 (%10,3) kişide, kadın kanserleri arasında ise %23,9 oranında görülmüştür (Türkiye Kanseri İstatistikleri 2020, GLOBOCAN 2020, Özdoğan 2021).

Ülkemizde meme kanseri tanısı çoğunlukla geç konulmaktadır. Meme kanseri tanısı alan hastalarda patolojik evre oranlarının değerlendirildiği 2019’da yapılan bir çalışmada Evre 0 ve Evre I’de %33,7, Evre II’de %48,3, Evre III’de %14,5, Evre IV’de %4 oranında olduğu belirlenmiştir (Özmen 2019).

### **2.2.3. Meme Kanseri Risk Faktörleri**

Meme kanserinde; insan papilloma virüsü (HPV) enfeksiyonu ya da rahimağzı kanseri gibi enfeksiyonla ilişkili nedenlere sahip kanser türlerinin aksine, kanserin gelişimiyle ilgili bilinen hiçbir viral veya bakteriyel enfeksiyon durumu yoktur (WHO 2021). Etiyolojisi hala bilinmemekle birlikte meme kanseri riskini arttıran bazı faktörler vardır. Bu risk faktörleri meme kanserini oluşturan nedenlerin %40’ını oluşturmaktadır. Risk faktörlerinin bulunması bireyin %100 meme kanseri olacağı anlamına gelmez. Hiçbir faktörü bulundurmayan kadınlarda meme kanseri olabilmektedir. Ancak yine de bireyde risk faktörlerinin bulunması meme kanseri riskini arttırmaktadır (Utkan 2018). Kısacası risk faktörlerinin bireyde kanser oluşturma durumu kişiden kişiye farketmektedir. Bu faktörler ikiye ayrılmaktadır:

### ➤ Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

**Cinsiyet:** Meme kanseri genellikle kadınlarda görülen bir kanser türüdür. Meme kanseri tanısı alan hastaların yalnızca %1'lik oranı erkek hastalara aittir. Bu da çok düşük bir orandır. Erkek hastalarda görülmesinin nedeni; hormonal değişiklikler, ailede kanser öyküsü olması ve BRCA2 geninin mutasyona uğramasıdır (Momenimovahed ve Salehiniya 2019).

**Yaş:** Cinsiyetten sonra bilinen en önemli risk faktörü yaşıdır. Meme kanseri insidansı yaşla orantılı olarak artar. Premenapoz döneminde %25-30, postmenapoz döneminde %70-75 oranında meme kanserine yakalanmaktadır (Özçelik 2018, Momenimovahed ve Salehiniya 2019).

**Erken Menarş:** İlk adetini erken dönemde gören bireyler, daha uzun süre östrojen hormonu salgıladıklarından dolayı meme kanseri riski artmaktadır (Özçelik 2018). Yapılan bir çalışmada, 14 yaşında veya daha sonra menarş gören kadınlarda meme kanseri gelişme riskinin %12 oranında azaldığı vurgulanmaktadır (Bravi vd 2018).

**Geç Menopoz Yaşı:** 55 yaşından sonra menopoza girmek meme kanseri tanısı alma oranını artmaktadır. Östrojen ve progesteron gibi hormonların maruziyeti ne kadar uzarsa, meme kanseri riski o kadar yükselmektedir (Bravi vd 2018, Özçelik 2018).

**Aile Öyküsü:** Ailesinde hastalık öyküsü olan bir kadının meme kanserine yakalanma riski artmaktadır. Ancak bilinen bir aile öyküsünün olması hayatının bir döneminde kesinlikle meme kanserine yakalanacağı anlamına gelmez; riski arttırmaktadır (Lanset 2001, WHO 2021). Hastanın özellikle birinci derece yakınlarından annesi, kız kardeşi veya kızının meme kanseri olması riski arttırmaktadır (ACS 2018, Ketenciler 2020).

**Genetik Faktörler:** Meme kanseri %70-80 sporadik, %15 ailesel, %5-10 oranında genetik yapıdan kaynaklanmaktadır (Özçelik 2018). Meme kanseri BRCA1 ve BRCA2 genlerinin mutasyona uğraması sonucu oluşmaktadır. %50-60 oranında BRCA1 geni mutasyonundan kaynaklanıyorken %10-30 oranında BRCA2 geninden kaynaklanmaktadır. BRCA1 geninin olması, aile üyesi öyküsünün olması kadının meme

kanseri tanısı almasını %85 oranında artırır (Lanset 2001, Zorukoş 2008, Ketenciler 2020).

### ➤ Yaşam Tarzıyla İlgili Risk Faktörleri

**Gebelik ve Doğum Öyküsü:** Doğum sayısı ve gebelik yaşı meme kanseri riskini etkileyen faktörlerdendir. 35 yaşından sonra doğum yapmak ve hiç doğum yapmamış olmak bu riski arttırmaktadır. Artan doğum sayısı meme kanserine yönelik riski azaltmaktadır. Çünkü gebelik sürecinde östrojen hormonuna maruziyet azalmaktadır (Özçelik 2018, ACS 2018). Yapılan bir çalışmada, ilk gebeliğini 30 yaşında veya daha sonra yapan kadınlarda meme kanseri riskinin %39 arttığı belirtilmektedir (Bravi vd 2018).

**Emzirme:** Emzirmenin bir yıl veya daha fazla olması meme kanseri ve over kanseri riskini azaltmaktadır (ACS 2018).

**Oral kontraseptif kullanımı:** Oral kontraseptif kullanımının meme kanseri riskini etkisi konusunda yeterli çalışma yoktur. Yapılan çalışmalara göre 20 yaş öncesinde veya ilk gebelikten önce oral kontraseptif kullanımı meme kanseri riskini arttırmaktadır. Başka bir çalışmada 10-15 yıl oral kontraseptif ilaç kullanımının riski arttırdığı belirtilmektedir. Ancak ilaç kullanımının bırakılmasından sonra risk azalır ve 10-15 yıl sonra tedavinin etkisi azalığından risk yoktur (Özçelik 2018, Turan 2019, ACS 2018).

**Beslenme:** Vücut kitle indeksi ne kadar yüksekse, hormonal seviyeler o kadar yüksek olur. Beden kitle indeksi >30 olan (obez) kadınlarda meme kanseri riski zayıf olan kadınlara göre 2 kat daha fazladır. Yağ dokusu östrojen üretimini arttırdığından meme kanseri riski artmaktadır (Bravi vd 2018; ACS 2018). Ek olarak Postmenopozal dönemde obez olan bireyde meme kanseri riski 1,5 kat artmaktadır (ACS 2018).

**Fiziksel Aktivite:** Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınlar, hareketsiz kadınlara oranla meme kanserine %10-20 oranında daha az yakalanır. Fiziksel aktivite meme kanseri riskini azaltır (ACS 2018). Haftada en az 2 saat fiziksel aktivitede bulunmak meme kanseri riskini %18 oranında azaltır (Özçelik 2018). Postmenapozal dönemde olan 3000 kadının katıldığı bir çalışmada; haftada 2 saat veya daha az yürüyüş yapan kadınların, haftada 7 saat veya fazla yürüyüş yapan kadınlara göre %14 oranında meme kanseri riskinin arttığı belirtilmiştir (Hildebrand vd 2013).

**Alkol ve Sigara Tüketimi:** Günlük düzenli alkol alımı östrojen hormonu arttırdığından meme kanseri riskini arttırmaktadır. Alkol tüketimi arttıkça risk artmaktadır (Zorukoş 2008, Özçelik 2018). Uzun süreli sigara kullanımı, ilk gebelikten önce sigaraya başlamak meme kanserini riskini arttırmaktadır (ACS 2018). Yapılan bir çalışmada ilk gebeliğinden önce sigaraya başlayan kadınların meme kanseri riski %21 arttığı belirtilmektedir. (Gaudet vd 2013). Pasif içicilik ise özellikle postmenapozal dönemde meme kanserini arttırmaktadır (Dossus vd 2014).

**Stresten uzak durma:** Günümüzde kadınlar daha fazla çalışmak ve ekonomik katkı sağlamak zorundadırlar. Yaşam koşullarının güçlüğü daha fazla stres ve anksiyete gelişmesine ve depresyona neden olmaktadır. Majör depresyon geçiren kadınların daha fazla meme kanserine yakalandığı belirlenmiştir (Yıldırım vd 2018).

## 2.3. Palyatif Bakım

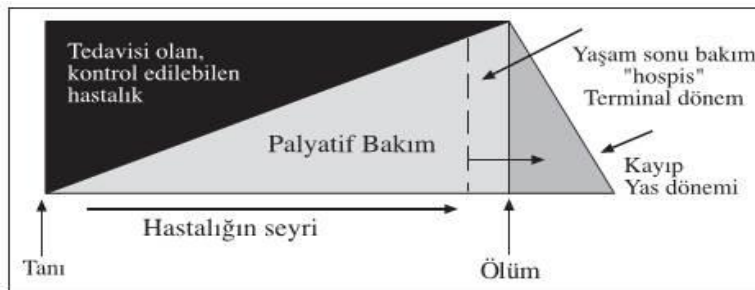
### 2.3.1. Palyatif Bakım Tanımı ve Tarihçesi

Palyatif bakım 1970'lerden bu yana yaşamı riske atan ve tehdit eden hastalığı olan kişilerin tanı almasından yaşam sonu bakımına, aile üyelerinin ihtiyaçlarına ve yaş dönemi ihtiyaçlarına destek olmada etkili olmuştur (Clarke 2007). Palyatif bakım 1970'li yıllarda hospis bakım ile aynı anlamda kullanılmıştır. Hospis bakım palyatif bakımın içerisinde yer almaktadır ve yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireylere yaşamının son döneminde olan hastalara destek vermektedir (Saunders 2001). Hospis kavramı özellikle 17.yy da İngiliz doktor Cicely Saunders'ın çalışmalarıyla gündeme gelmiştir. St. Christopher'in Londra'da ilk hospis merkezini açmasıyla ağır hastalığı olan hastalar ve terminal dönemde olan hastalar bu merkeze gelip tedavi olmaya başlamıştır. Palyatif bakım ve hospis bakımın temel prensipleri belirlenerek diğer ülkelerde de gelişmesi sağlanmıştır (Twycross 1980, Bağ 2012, Kıvanç 2017). 1983 yılında Köln Üniveritesi cerrahi bölümünde ilk palyatif bakım servisi açılmıştır. 1990'lı yıllarda model çalışma başlatılmasına palyatif bakım servislerinin sayısı artmaya başlamıştır (Bağ 2012). Hospis bakımın başlatılmasıyla; ABD 1987, Kanada 1973, Japonya, Yeni Zelanda, Avustralya 1990 yılında gelişmeye başlamıştır (Özkan 2011).

Palyatif kelime anlamı olarak Latince "palliare"; kapsamak, örtmek anlamına gelmektedir (Greydanus ve Merrick 2014). İngilizce; de "Palliative" İngilizce terminolojide; hafifletici, geçici çare, yatıştırıcı anlamına gelmektedir (Kabalak vd 2013).

Türk Dil Kurumu (TDK); göre ise ‐İlaçlarla hastalığın nedenini ortadan kaldırmadan semptom ve belirtilerini ortadan kaldıran tedavi biçimi olarak” tanımlamıştır (TDK 2021).

Dünya Sağlık Örgütü 1990 yılında palyatif bakımın ilk tanımını yapmıştır. Bu tanıma göre palyatif bakım; ileri evre hastalığı olan bireylerin; yaşam kalitesinin artırılması, aile üyelerinin bakım vermede aktif rol alması, hastanın semptom yönetiminin sağlanması için multidisipliner bir alan olduğu vurgulanmaktadır. (WHO 1990). DSÖ tarafından yapılan ilk tanım; palyatif bakım ve tedavi edici bakımı, biri diğerinin başladığında sona eren, birbirini dışlayan alanlar olarak görür. Yani eski palyatif bakım modeli hastalığın tedavisinin yapılamadığı durumda (küratif tedavinin olanaksız olduğu durumda) palyatif bakıma geçiş yapılmasıdır. Palyatif bakımdan sonra ölüm gerçekleşmesi halinde yas sürecindeki bakıma başlanmaktadır (Şekil 2.1) (Michelson ve Steinhorn 2007). Dünya Sağlık Örgütü 2002 yılında palyatif bakımın tanımını genişletti. Daha önce hastalığa özgü bir yaklaşım kullanmasına karşın, şimdi farklı hastalıklarda, aile, hasta ve çalışanlar arasındaki işbirliğinden bahsedilmiştir (Sepulveda vd 2002). Tanıma göre; ‐Yaşamı tehdit eden hastalıklarla karşı karşıya kalan bireylerin ve ailelerin, hastalığın tanı almasından ölüme kadar olan süreçte ağrı ve diğer fiziksel semptomların azalmasını, tedavilerinin uygulanması ve değerlendirilmesi aşamalarında fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi (spiritüel) problemlerini çözerek yaşam kalitesini iyileştiren bir yaklaşımdır” (WHO 2002). Özet olarak; DSÖ’nün palyatif bakım tanımından da anlaşıldığı gibi sadece hastayı dikkate almadığı, aile üyelerinin sağlığı ve refahı, hasta ile çalışanlar arasındaki ilişkiye dikkat çektiği görülmektedir (Yürüyen vd 2018). DSÖ’nün palyatif bakım tanımı bugünde aynıdır (WHO 2020).



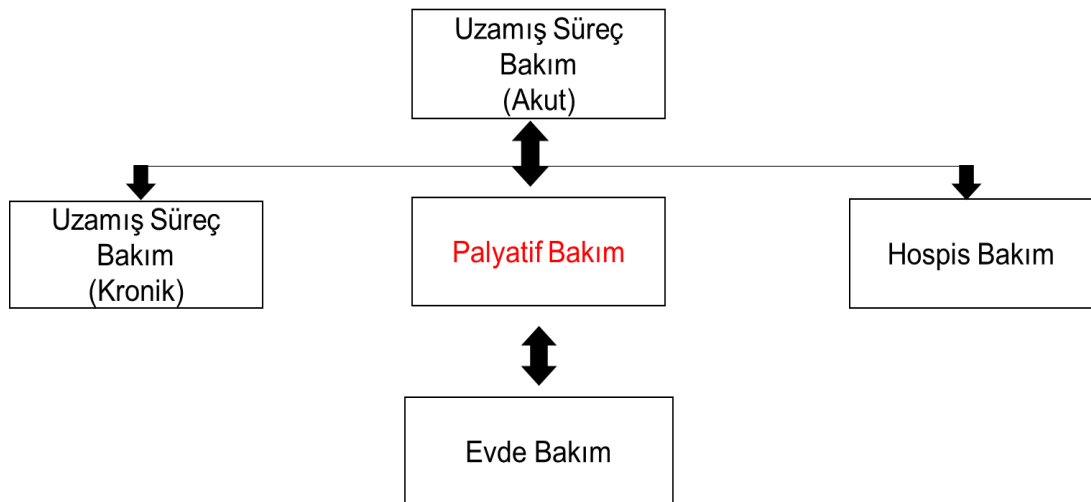
**Şekil 2.1** Palyatif Bakım Modeli Bakımın Sürekliliğinin Grafikselsel Gösterimi

Dünya Hospis Bakım ve Palyatif Bakım Kurulu (Hospice and Palliative Care Worldwide(WHPCA)); palyatif bakımı şöyle tanımlamıştır; palyatif bakım yaklaşımı, sadece hastaların durumlarını tedavi etmekle kalmayarak tüm ihtiyaçlarını karşılamaya odaklanır. Hastaların yaşadığı fiziksel, psikolojik, ruhsal sorunları vb. sorunları ele

alır. Bireyler sadece yaşamın sonunda değil, yaşamı sınırlayan bir hastalık teşhisi konduğunda hastaneye ve palyatif bakıma erişebilmelidir. Genel olarak, mevcut kaynaklara bağlı olarak bir ekip tarafından sağlanır. Bu ekip aile üyelerini, doktorları, hemşireleri, psikologları ve sosyal hizmet görevlilerini içerebilir (WHPCA 2020).

Amerika Klinik Onkoloji Topluluğu (American Society of Clinical Oncology /ASCO) palyatif bakımı; hastanın kanser tanısı almasından itibaren semptomlarının azaltılmasını sağlayan, aile üyelerinin de bakıma katılmasını amaçlayan bütüncül bir bakım olarak tanımlamıştır (Smith vd 2012).

Kısacası yapılan tanımlarda dikkate alındığında, palyatif bakım yaşamı riske atan ve tehdit eden kanser gibi hastalıkları olan bireylerin yaşam kalitesinin artırılmasını amaçlar (Nuraini vd 2018). Böylelikle bu bakım kişiyi sadece hastalığıyla değil, bir bütün olarak ele alır. Amaç hastalığın semptomlarını mümkün olduğunca önlemek ve tedavi etmektir. Bunlara ek olarak hastanın psikososyal ve spiritüel yönden bakımını sağlar. Palyatif bakım ayrıca destekleyici bakım, semptom yönetimi ve hastanın konforunun sağlanması olarak da adlandırılır. Hastalar poliklinikte, yataklı servislerde, uzun süreli bakım merkezinde veya evde bakım ile hekim kontrolünde palyatif bakım alabilirler (National Cancer Institute 2021) (Şekil 2).



**Şekil 2.2** Palyatif Bakım Yaklaşımı

### 2.3.2. Palyatif Bakım Amacı

Palyatif bakım, yaşamı riske atan ve tehdit eden hastalık durumlarında ortaya çıkan sorunlarla karşı karşıya olan hasta ve aileye; fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerine yönelik, semptomların erken tanınması ve tedavisi ile acı çekmeyi önleme ve hafifletilmeye ilişkin uygulamaları gerçekleştirmeyi ve yaşam kalitesini geliştirmeyi amaçlar. Palyatif bakım ilkeleri ve uygulamaları hastalık süresince (örneğin kanser gibi) bakımın sürekliliği ve disiplinler arası koordinasyonu sağlayarak uygulanır (Aydoğan ve Uygun 2011, Ferrell 2019).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre palyatif bakımın amaçları şunlardır: Ağrı ve rahatsızlık veren diğer semptomlardan kurtulmayı sağlar. Yaşamı desteklerken ölümden doğal bir süreç olarak algılar. Ölümü erteleme ya da hızlandırma amacı içermez. Hasta bakımında psikolojik ve ruhsal yönleri birleştirir. Hastalık süreci, ve sonrasında hasta yakınlarına, yas süreçleri ile baş edebilmelerinde destek verir. Gerekli olduğu durumlarda hasta ve hasta yakınlarının gereksinimlerinin karşılanması, yas dönemi danışmanlığı da dahil olmak üzere ekip yaklaşımı kullanır. Hastalık sürecini olumlu olarak etkileyebilir ve yaşam kalitesini artırır. Hastalık sürecinin erken evrelerinde, kemoterapi ve radyoterapi gibi yaşam süresini uzatmayı hedefleyen tedavilerle birlikte kullanılabilir; klinik komplikasyonların daha iyi anlaşılması ve yönetilmesini sağlar (Sepulveda 2002, WHO 2002, Aydoğan ve Uygun 2011).

### 2.3.3. Palyatif Bakım İlkeleri ve Temel Bileşenleri

#### 2.3.3.1. Palyatif Bakım İlkeleri

Uluslararası Hospis Bakım ve Palyatif Bakım Derneği, palyatif bakım için 6 ilke tanımlamıştır (International Association for Hospice & Palliative Care 2019). Bu ilkeler:

- ❖ Hastanın etnik kökeni, dini inancı, kişiliği sorgulanmadan empati yaparak, hoşgörüsüyle bütüncül bir şekilde bakımı sağlanmalıdır.
- ❖ Din, etnik köken, kişiliği, kültürel değerleri hastanın semptomları üzerinde etkili olabilir. Kültürel farklılıklar göz önünde bulundurularak tedavi planı kişinin kültürüne özgü olmalıdır.
- ❖ Her hastayı tek bir birey olarak değerlendirmek gerekir. Hastanın çektiği acı kendine özgüdür. Bu yüzden her hastaya özgü palyatif bakım planlanmalıdır.



- ❖ Herhangi bir tedavi uygulanmadan önce veya tedavi sonlandırılacaksa hastanın ve hastaya bakmakla yükümlü aile üyesinden onam alınmalıdır.
- ❖ Hasta ve ailesinin bakım yeri konusunda fikri alınmalıdır. Gelişmiş ülkelerde ölümcül hastalığı olan bireyler genellikle hastanede ölür. Son günlerini evinde geçirmesi için hasta yakınlarına bilgi verilmelidir.
- ❖ Hasta ve ailesi ile iyi bir iletişim palyatif bakımın temelidir.
- ❖ Palyatif bakım hastanın hastalığının evresine ve prognozuna uygun olmalıdır.
- ❖ İyi bir palyatif bakım, ilerleyici hastalıkla ortaya çıkan fiziksel ve duygusal krizleri önlemek için dikkatli bir planlama içerir.

### 2.3.3.2. Palyatif Bakım Temel Bileşenleri

Palyatif bakım multidisipliner bir bakım sunması nedeniyle birçok bileşeni bulunmaktadır (National Consensus Project 2013, Uslu ve Terzioğlu 2015). Bu bileşenler:

**Hasta grubu:** Palyatif bakım, kişinin teşhisi, prognozu veya yaşı ne olursa olsun yaşamı tehdit eden hastalığı olan herkese verilen bakım olarak adlandırılır (National Consensus Project 2013, Uslu ve Terzioğlu 2015, Ferrel 2019).

**Hasta ve aile merkezli bakım:** Palyatif bakım kronik hastalığı olan bireyle birlikte aile bireylerini bakımın bir parçası olarak değerlendirir. Hasta ve ailesinin bakım istekleri ve hedefleri dikkate alınarak uygulanır (National Consensus Project 2013, Uslu ve Terzioğlu 2015).

**Palyatif bakımın sürekliliği:** Palyatif bakım kronik hastalığın tanısı alınmasıyla birlikte başlayan, bireyin yaşam boyunca devam eden, hastanın tedavi sürecini aile bireylerini de içine alarak yas dönemine kadar uzanan kapsamlı ve uzun süreli olarak uygulanır (National Consensus Project 2013, Uslu ve Terzioğlu 2015). Hastanın tanısını almasıyla birlikte palyatif bakıma erken dönemde entegrasyonu semptomların önlenmesi, bakım çıktılarının daha iyi olmasını sağlamaktadır (Pastrana vd 2008, Akyüz 2014).

**Kapsamlı bakım:** Kanserden veya uygulanan tedaviden kaynaklanan sorunları çözmeyi hedefleyen, hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlayan bir yaklaşımdır (Gültekin vd 2010, Uslu ve Terzioğlu 2015, Akçakaya 2018).

**Disiplinlerarası ekip:** Hastaların bakım çıktılarının iyi olması tüm klinisyen ve disiplinlerin sorumluluğundadır. Bu disiplinlerin içerisindeki meslek grupları; hemşire, medikal onkolog, diyetisyen, psikolog, algolog, fizik tedavi uzmanı, sosyal hizmet uzmanı ve danışman hemşiredir (National Consensus Project 2013, Uslu ve Terzioğlu 2015).

**Yas ve ölüm sürecinde bakım:** Hastanın ölümüyle birlikte kayıp ve yas süreci başlar. Bu dönemde aile bireylerinin yanında olunarak oluşabilecek fiziksel ve psikososyal sorunların değerlendirilip çözüme kavuşturulması sağlanır (National Consensus Project 2013, Uslu ve Terzioğlu 2015).

**Kurumlar arasında bakımın sürekliliğini sağlama:** Palyatif bakım ilkeleri ve uygulamaları hastalık süresince (örneğin kanser gibi) bakımın sürekliliği ve disiplinler arası koordinasyonu sağlanarak uygulanır (Ferrell 20189). Kurumlar bakımın kalitesi ve sürekliliğini sağlamak amacıyla iletişim ve iş birliği içerisinde olmalıdır (Uslu ve Terzioğlu 2015).

**Palyatif bakıma erişimde eşitlik:** Kentsel ve kırsal ile kültürel ayırım yapmaksızın herkesin ulaşabileceği bir bakım sunmalıdır (National Consensus Project 2013, Uslu ve Terzioğlu 2015).

**Kaliteli hizmet sunumu:** Palyatif bakım bireyin ve ailenin yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla kapsamlı, sürekli ve kaliteli olarak sunulmalıdır (National Consensus Project 2013, Uslu ve Terzioğlu 2015). Palyatif bakım bileşenlerinin, bir halk sağlığı sorunu olan kanser hastalığı için yerine getirilmesi gereken bakım yaklaşımı olduğu görülmektedir.

#### **2.3.4. Palyatif Bakıma İhtiyacı Olan Hasta Grubu**

Palyatif bakım ihtiyaçlarını değerlendirmek, birçok durumda hastaların ve ailelerinin gereksiz yere acı çekmesini azaltmak için akut bir durumu değerlendirmeye eşdeğerdir. Orta ve uzun vadede etkili önleme, erken teşhis ve tedavi, palyatif bakım ihtiyaçlarını azaltsa da, palyatif bakım gereksinimlerinin asla ortadan kaldırılmayacağına, bazı kanser türleri ve diğer kronik hastalıkların kaçınılmaz olarak kalacağı unutulmamalıdır (WHPCA 2014).

Palyatif bakım gerektiren birçok hastalık vardır. DSÖ'ye göre palyatif bakıma ihtiyacı olan hastalıklar; kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum hastalıkları, böbrek yetmezliği, multipl skleroz, romatoid artrit, parkinson, kronik karaciğer hastalığı,

nörolojik hastalık, demans, konjenital anomaliler, ilaca dirençli tüberküloz (WHO 2021). Dünya genelinde her yıl 56,8 milyon kişinin palyatif bakıma gereksinim duyduğu tahmin edilmektedir (WHPCA 2020). WHPCA'nın 2020 yılında yayınladığı rapora göre kanser, HIV/AIDS, demans, akciğer hastalıkları ve serebrovasküler hastalığı olan kişiler (%69 kişi) palyatif bakıma ihtiyaç duymaktadır. Yaşamı tehdit eden kronik hastalığa sahip bireylerin oluşturması gereken palyatif bakım hastalarının çoğunluğu, terminal dönemdedir. DSÖ'nün yayınladığı rapora göre terminal dönemde palyatif bakıma ihtiyacı olan yetişkinlerin %28,2'sini kanser hastaları, %22,2'sini HIV/AIDS hastaları, %14,1'ini kardiyovasküler hastalığa sahip olan kişiler oluşturmaktadır (WHPCA 2014, WHPCA 2020). Kalp yetmezliği olan hastaların yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla semptom kontrolü ve aile üyelerine destek ile bakım çıktılarının daha iyi olmasının sağlandığı (Kavalieratos vd 2017) ayrıca KOAH tanısı alan hastaların terminal dönemde semptomları azaltmak; örneğin ağrı, dispne, anksiyete ve depresyonun azaltılması amacıyla palyatif bakımın önemli olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Özkan 2011).

### **2.3.5. Palyatif Bakım ve Kanser**

Kanser hasta ve ailesi için tanı aşamasından itibaren tedaviyle birlikte ölüm ve yas sürecine kadar uzanan bir süreçtir (Kida vd 2021). Kanser tedavisinde amaçlardan biri, hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla kapsamlı palyatif bakım programları uygulamaktır (Leadbeater 2013). Palyatif bakımın felsefesi kanser hastalarında bütüncül bakım sağlamaktır. Bütüncül bakımın boyutlarının temel hedefleri bireylerin ağrısının ve kansere bağlı diğer semptomların giderilmesi, psikososyal bakım, manevi bakım ve yas sürecinde aileyi destekleme olarak geniş bir bakım sistemini içerir. (Gültekin vd 2010, Özçelik vd 2014).

Kanser hastalarının yaşam kalitesini etkileyen birçok semptom bulunmaktadır. Palyatif bakım bu semptomların yönetimini sağlayarak hastanın fizyolojik durumunu daha iyiye taşıma amacı içerir. Kanıta Dayalı Kanser Hastalarında Palyatif Bakım Konsensus (2017) kararlarına göre kanser hastalarında; ağrı, dispne, bulantı-kusma, anoreksi ve kaşeksi sendromu, diyare, konstipasyon, yorgunluk, uyku sorunları, deliryum, distres gibi semptomlar görülür (Can 2018).

Kanserli hastalar da psikolojik sorunlarda görülür. Hastaların yaşadıkları psikososyal sorunlar içerisinde genel olarak anksiyete, depresyon, yaşam memnuniyetinde azalma veya özgüven kaybı ve uyum bozuklukları görülür (Gregurek vd

2010). Buna ek olarak kanser hastalığı yaşayan hastalar birçok nedenle kendilerini yalnız hissetmektedir (Kroenke vd 2013). Yapılan bir çalışmada, iki yıllık süreyle palyatif bakım servisinde yatan hastaların klinik özellikleri değerlendirilmiştir. Bu çalışmada kanser hastalarının yatış yapıldığı sırada en sık karşılaşılan semptomlar; enerji kaybı, kilo kaybı, iştah azlığı, ağrı ve ağız kuruluğu şeklinde belirlenmiştir. İlk başvuruda %90 ağrı semptomu belirtirken %50'si ağrı şiddetini beş üzerinde tanımlamıştır. (Yürüyen vd 2018). Başka bir çalışmada; metastatik meme kanseri olan hastaların semptom ve ağrı yönetimi tavsiyesine ihtiyaç duyduğu, palyatif bakım entegrasyonu sağlanıp, hastaların yaşam kalitesinin arttırabileceği belirtilmektedir (Leadbeater 2013).

DSÖ, palyatif bakımın terminal dönemdeki kanser hastalarının %90'ının fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerden kurtulmalarına, daha rahat yaşamalarına yardımcı olacağını belirtmektedir (WHO 2019). Palyatif bakım ihtiyaçlarını değerlendirmek, birçok durumda hastaların ve ailelerinin gereksiz yere acı çekmesini azaltmak için akut bir durumu değerlendirmeye eşdeğerdir (WHPCA 2020).

### **2.3.6. Palyatif Bakım Ekibi**

Hastaların bakım çıktılarının iyi olması tüm klinisyen ve disiplinlerin sorumluluğundadır (Malloy vd 2019). Bu disiplinlerin içerisindeki meslek grupları; hekim, hemşire, medikal onkolog, diyetisyen, psikolog, algolog, fizik tedavi uzmanı, sosyal hizmet uzmanı ve danışman hemşiredir (Özçelik vd 2014, Uslu ve Terzioğlu 2015). Özellikle bu ekip ekip içinde hemşireler; doğrudan bakım verici rolü, eğitici ve danışman rolünün yanısıra palyatif bakım ile yürütücüsü olarakta sorumluluklarını yerine getirmektedir (Özçelik vd 2014). Ayrıca DSÖ palyatif bakımı temel insan hakkı olarak belirtmiş ve hastaların doğrudan bakımını sağlayan kişilerin ise hemşireler olduğunu ifade etmiştir (WHO 2019).

### **2.3.7. Hemşirelik ve Palyatif Bakım**

Hemşirenin, son dönem hastalarının bakımını sürdürdüğü ve yas sürecinde bakım veren aileye danışmanlık yaptığı göz önüne alındığında palyatif bakımda önemli bir konumda oldukları görülür. Pek çok sağlık disiplini yaşamın sonunda bakımın iyileştirilmesi konusunda endişe duysa da, hemşirelik mesleği, ileri düzey uygulamaların kapsamı ve standartları ışığında bu çabalara öncülük etmek için uygundur (Ferrell vd 2016, Malloy vd 2019). Hemşirelik sosyal politika bildirisinde: "Hemşirelerin sorun odaklı bir organizasyonla sınırlı olmaksızın, hastanın sağlık ve hastalıkla ilgili tüm

deneyimlerine katıldığı, nesnel verileri kullanarak hastaya özel bakımla bütünleştirdiği ve sağlığı geliştirmek için iletişiminin önemli olduğu belirtilmektedir.” (American Nursing Learder 2002).

Kanada Hemşirelik Standartlarına Göre Palyatif Bakımda hemşire, kronik hastalıklı bireylerin bakımı, terminal dönemdeki hastaların bakımı, ailelerinin destekleyici bakımında yer almaktadır. Palyatif bakım hemşireleri; palyatif bakımı sadece hastaneyle sınırlı kalmayıp evde bakım, hapishaneler, rehabilitasyon merkezleri, psikiyatri birimleri, kanser merkezleri gibi özel birimlerde dahil olmak üzere tüm bakım alanlarında mevcut olmasını desteklemektedir (CHPC Nursing Standards Sub-Committee 2014).

Ülkemizde 1990'ların başında başlayan yaşamı riske atan ve tehdit eden hastalığı olan bireyler için fiziksel, spritüel ve psikososyal gereksinimlerinin karşılanması amacıyla palyatif bakım uygulamaları başlamıştır. Son yıllarda palyatif bakım ekibi içerisinde yer alan medikal onkologlar, algolag ve hemşireler palyatif bakım hakkında eğitim alarak bu alanda çalışabilmektedir (Özçelik vd 2014, Uslu ve Terzioğlu 2015). Genel olarak palyatif bakım hakkında çok sınırlı araştırma vardır. Bu durumun en önemli nedenleri hemşireler arasında palyatif bakım konusunda farkındalık eksikliği ve eğitilmiş hemşirelerin olmamasıdır (Malloy vd 2019). Onkoloji bölümünde çalışan sağlık personellerinin değerlendirildiği bir çalışmada çalışanlarının (hemşire, doktor, fizyoterapist, diyetisyen, sağlık memuru, sosyal hizmet uzmanı, psikolog) palyatif bakım konusundaki görüşlerini inceleyen çalışmada sağlık çalışanlarının %53,7'sinin ne üniversite ne de daha sonraki süreçte palyatif eğitim almadığını göstermiştir (Terzioğlu vd 2015). Onkoloji hemşirelerinin palyatif bakım uygulamalarını araştıran bir başka çalışmada, hemşirelerin %52,2'sinin palyatif bakım eğitimi almadığı, palyatif bakım eğitimi aldığını belirten hemşirelerin %67,7'sinin bu eğitimi yeterli bulmadığı bildirilmiştir (Uslu 2018). Ülkemizde klinik uygulamaları olmaksızın sadece teorik palyatif bakım ilgili çeşitli eğitimler düzenlenmektedir. Bu nedenle Hacettepe Üniversitesi tarafından palyatif bakım uygulamasında yer alan hemşirelere teorik ve pratik eğitimi içeren palyatif bakım hemşireliği sertifika eğitimi verilmektedir ve bu eğitimin tüm illerde palyatif bakımda çalışan hemşirelere yayılması hedeflenmektedir Palyatif bakım veren hemşirelerin bakımda bütüncül bakımı amaçlanmaktadır (Kabalak 2014, Ferrell 2019. Bütüncül bakım içerisinde aşağıdaki öğeler bulunmaktadır:

**1.Bakımın fiziksel yönleri;** yaşamı riske atan ve tehdit eden hastalığı olanların fiziksel bakımı, hastanın durumunu; fiziksel, fonksiyonel, duyuşsal ve sosyal yönden anlamak ve değerlendirmekle başlar. Değerlendirme ve bakım planı semptomları

hafifletmeye, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesini iyileştirmeye veya sürdürmeye odaklanır. Semptomların yönetimi farmakolojik, farmakolojik olmayan, girişimsel, bilişsel ve tamamlayıcı tedavi olarak uygulanır (Ferrell 2019). Hemşire hastanın; ağrı, kaşeksi, dispne, bulantı-kusma, uyku bozuklukları, deliryum, anksiyete ve bilişsel semptomları kontrol altına alması için kanıta dayalı uygulamaları takip edip bakım sağlamalıdır (Kabalak 2014, Uslu 2018).

**2.Bakımın psikolojik yönleri;** kanser hastalarında psikolojik bakım özellikle önemlidir. Hemşire palyatif bakım hastalarının kapsamlı, gelişimsel ve kültürel açıdan zihinsel durumunu değerlendirir. Hemşire hastanın psikososyal boyutunun farkında olmalıdır. Hastaya ve aileye bakımın psikolojik yönlerini, bakımın amaçlarını oluşturma, tedavi alanı oluşturma, aile çatışmalarını ele alma gibi duyuşsal süreçte hasta ve ailesinin yardımcı olmalıdır (Elçigil 2012, Ferrell 2019).

**3.Bakımın sosyal yönleri;** sağlığın sosyal belirleyicileri veya sosyal faktörler yaşamı riske atan ve yaşamı tehdit eden hastalığı olanların üzerinde güçlü ve önemli bir etkiye sahiptir. Palyatif bakım hemşiresi; hasta ve ailesi ile birlikte, güçlü yanlarını tespit eder, destekler ve ihtiyaç duyulan alanları ele alır. Hastanın işlevsel kapasitesini en üst düzeye çıkarmak ve hasta ile ailesinin yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmak için sosyal destek vermek gerekmektedir (Ferrell 2019).

**4.Bakımın kültürel yönleri;** sağlıkla ilgili değerlerin, inançların, geleneklerin değerlendirilmesi ve saygı gösterilmesi hasta ve bakım veren aile üyelerine kültürel olarak duyarlı palyatif bakım sağlamada ilk adımdır (Elçigil 2012). Kapsamlı bir değerlendirme yoluyla toplanan bilgiler, hastaların ve aile üyelerinin ihtiyaçlarını karşılamak için kültürel açıdan duyarlı kaynakları içeren bakım planı geliştirmek için kullanılır. Palyatif bakım hemşireleri; ırk, etnik köken, cinsiyet kimliği ve cinsiyet ifadesi, göç ve mülteci statüsü, sosyal sınıf, maneviyat, sosyal sınıf hakkındaki farklılıkları için farkındalığını genişletmesi gerekmektedir (Ferrell 2019).

**5.Bakımın manevi yönleri;** palyatif bakım hemşiresi her hastaya ve aileye manevi inanç ve uygulamalarına saygı duyacak şekilde bakım verir ve manevi ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla hastaya ve ailesine yardımcı olur (Ferrell 2019).

**6.Hastanın yaşam sonu bakımına ilişkin bakım yönleri;** hastanın ve ailesinin yaşamın sonuna kadar bakımının önemli olduğunu vurgular. Özellikle hastanın ölümüne kadar olan ve hemen ardından gelen günler için bakım sağlama amacı vardır. Hasta

ölüme yaklaştığı için ağrının ve diğer fiziksel semptomların; psikolojik, sosyal, manevi olarak kapsamlı değerlendirilmesi ve yönetimi önemlidir (Malloy vd 2019). Hemşire bakım veren aile üyelerinin süreci olumlu geçirmesini sağlar ve destek kaynaklarına yönlendirir. Hemşirenin ölümden önceki günlerde de aile üyeleriyle güvenilir iletişim kurması, ölümden sonra yas sürecinde ise bakım veren aile üyelerini neler beklediği konusunda onları hazırlaması gerekmektedir. Yas sürecini aile üyelerinin olumlu geçirmesine destek olmalı, destek sağlayacak uygun kaynaklara yönlendirme yapmalıdır (Elçigil 2012, Ferrell 2019).

Palyatif bakım hizmeti veren onkoloji hemşireleri, hastaların ağrılarını ve diğer semptomlarını değerlendirip yönetmesini sağlamak, ailelerini evde semptomları kontrol etmelerini sağlayacak şekilde eğitim vermek, hastane ve acil bakım hizmetlerine erişimleri konusunda hastaları ve ailelerini eğitim vermek, hastaların günlük kişisel bakım ve kontrollerini kazanmalarını sağlamak, seçimlerini yapmalarına yardımcı olmak ve böylece yaşam kalitelerini artırmalarına yardımcı olmak, hastalara ve ailelerine duygusal destek sağlamak, hastalar ve aileleri için mevcut olan sosyal destek mekanizmalarını belirleyip bu destek mekanizmalarından faydalanmalarına yardımcı olur (Terzioğlu vd 2015).

### **2.3.9. Dünyada Palyatif Bakım Uygulamaları**

Dünya genelinde palyatif bakım, hospis bakımla bir bütün olarak sunulmaktadır. Hospis, hasta ve bakım veren aile üyesinin birlikte kalabileceği hastaneye yakın yerlere kurulmuş ev tipindeki bakım merkezlerdir. (Kabalak 2014, Kıvanç 2017).

Palyatif bakım ve hospis bakım, ülkelerin sosyal ve kültürel özelliklerinden, ekonomik durumundan, mevzuat ve yönetmeliklerinden ve sağlık politikalarından etkilenmektedir. İsveç'te palyatif bakımın yeterliliği konusunda yapılmış bir çalışma; palyatif bakım için hükümetin yeterli finansmanının olmaması, cerrahi ve palyatif bakımın entegre olmaması ve palyatif bakım içi sevk zincirinin olmaması nedeniyle yılda 11.000 kişi palyatif bakıma ihtiyaç duyduğu halde bu bakımdan yararlanamadığını; her yıl 500 kişi ise palyatif bakım merkezinde yatak bulunmaması nedeniyle öldüğünü belirtmektedir (Gudat 2018). Bu nedenle palyatif bakım ve hospis bakımın etkin bir şekilde uygulanabilmesi için yönetimin ve hastanelerin iş birliği içerisinde olması gerekmektedir.

Her ülke de palyatif bakım modelleri de değişkenlik göstermektedir. Örneğin Hindistan'da birinci basamak palyatif bakımı uygulanmaktadır. 2000 yılında başlatılan bu programda, bölgedeki kronik hastalığı olanları tespit edilip palyatif bakıma ihtiyacı olanlara bakım sağlanmaktadır. Palyatif bakım ekibi içerisinde 50'den fazla doktor ve 100'den fazla hemşire yer almaktadır. Girişimle birlikte 10 yıl içerisinde 15.000 hastaya ulaşılmıştır. Palyatif bakım ünitelerinde bireylere ayaktan palyatif tedavi verilmektedir. Palyatif tedavi alan ve ünitelere gelemeyen hastalara hekim ve hemşireler ev ziyaretleriyle bakım vermektedir (WHPCA 2014). Bunun yanında palyatif bakımın en fazla geliştirdiği yer olan Amerika'da bakım bir ekip hizmetiyle verilmektedir. Bakım almak bireyin prognozunun durumu ya da hastalığının ciddi olmasıyla sınırı değildir. Bakım alamayan, hizmete erişim güçlüğü olanlarıda kapsayıp hospis bakım verilmektedir. Herkese erişim kavramının önlüğünde palyatif bakıma ihtiyaç duyan daha fazla insana ulaşmak istenmektedir. Palyatif bakımın kapsamı; ağrı kontrolü, semptom yönetimi, ölüm danışmanlığı ve aileyi içeren birey merkezli bakım gibi temel becerilerinin kullanılmasıdır. Tüm bu gereksinimlerin giderilmesi için tüm hastaneler, bakım evleri, yardımcı yaşam tesisleri, uzmanlar ve diğer kurumlarla işbirliği yapmaktadır. Bu da , ek maliyet yükünün ortadan kaldırılmasını sağlamaktadır (WHPCA 2014).

Wright ve arkadaşları (2008) palyatif bakımın her insanın hakkı olarak görülmeye başlamasından sonra ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre ülkeden ülkeye, dünya genelinde kategorilere ayırmayı amaçlamıştır. Dünya genelinde palyatif bakımı dört kategoriye ayırmıştır: Birinci grupta hospis ve palyatif bakım olmayan ülkeler (Afkanistan, Kore vb.), ikinci grup hospis ve palyatif bakım organizasyonu yeterli olmayan ülkeler (Azerbaycan, Filistin vb.), üçüncü grup hospis ve palyatif bakım organizasyonu bölgeler arası değişen ülkeler, dördüncü grup hospis ve palyatif bakım hizmetlerinin ülkenin sağlık sisteminin içinde entegre olmuş ülkeler şeklinde sınıflandırılmaktadır (Wright vd 2008, Uslu ve Terzioğlu 2015). Lynch ve arkadaşları (2013) çalışmasında palyatif bakım sınıflandırmasında değişiklikler yapılmıştır. Birinci grup hospis ve palyatif bakım olmadığı ülkeler, ikinci grup hospis ve palyatif bakım organizasyonunun yeterli olmadığı ülkeler şeklinde sınıflamada Wright ve arkadaşlarının yaptığı gruplandırmanın aynısıdır. Üçüncü grup ve dördüncü grup alt kategorilere ayrılmıştır. Grup 3a (Bulgaristan, Rusya vb.); izole palyatif bakım hizmeti yani palyatif bakım hizmeti var fakat desteklenmemektedir. Grup 3b (Türkiye, Kıbrıs vb.); Palyatif bakım hizmetinin bazı bölgelerde veya yerel yönetimlerde desteklendiği ülkelerdir. Grup 4a (Çin, Hollanda vb.); hospis ve palyatif bakım hizmetlerinin ülkenin sağlık sistemiyle entegrasyonunun sağlanmaya çalışıldığı ülkelerdir. Grup 4b (İsviçre, İngiltere vb.); hospis ve palyatif bakımın ülkenin sağlık sistemiyle entegre olduğu ülkelerdir (Lynch vd 2013, Uslu,



Terzioğlu 2015). 2011 yılında 234 dünya ülkesinden 136 ülkede (%58) en az bir palyatif bakım hizmetinin sunulduğu belirtilmiştir. 2006 yılındaki palyatif bakım hizmetlerine göre %9'luk bir artış olmuştur. Palyatif bakımın sağlık sistemiyle entegrasyonu sadece 20 (%8,5) ülkede sağlanabilmiştir. Dünya ülkelerinin yarısından fazlasında palyatif bir bakım hizmeti olmasına rağmen pek çok ülkede sağlık sistemiyle entegrasyonu sağlanmamıştır. Palyatif bakımın dünya çapında genel olarak erişilebilir olması için büyük bir sağlık hizmetleri ağına ihtiyaç duyulmaktadır (Lynch vd 2013).

### **2.3.8. Türkiye’de Palyatif Bakım Uygulamaları**

Günümüzde Amerika, Kanada, İngiltere gibi Avrupa ülkelerinin birçoğunda palyatif bakım ve hospis bakım ileri düzeyde entegre edilmiştir (Dionne-Odom vd 2015). Ülkemizde ise palyatif bakımın gelişimine baktığımızda palyatif bakım adı altında, 1993-1997 yıllarında hospis kavramına yakın hizmet veren ilk kuruluş, İstanbul Yeşilköy’de yer alan Türk Onkoloji Vakfı’na bağlı Kanser Bakımevi’dir. Bu kuruluş, hospis bakımın hasta ve hasta yakınları tarafından yeterince anlaşılabilmesi, hastalara ödeme yapılamaması ve kaynak yetersizliği nedeniyle kapanmıştır. Daha sonra 2006 yılında Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı Ankara’da tarihi bir evi hospis bakım merkezine dönüştürmüştür (Demir 2016, Sur 2021).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı, Ulusal Kanser Kontrol Programını 2009 yılında uygulamaya başlatmıştır. Program, Kayıt, Önleme, Tarama ve Erken Teşhis, Tedavi ve Palyatif Bakım şeklinde beş ana başlık içermektedir. Ulusal kanser kontrol faaliyetleri içerisinde en zayıf bölümü palyatif bakım oluşturmaktadır. (Terzioğlu vd 2015). Ülkemiz palyatif bakım ile ilgili çalışmalarında geç kalan ülkeler arasındadır. (Uslu ve Terzioğlu 2015, Akçakaya 2018). Palyatif bakımın hizmet uygulamalarının gelişiminin geç başlamasının en temel nedenleri arasında Türk aile yapısı gelmektedir. Çünkü bizim kültürümüze göre ileri düzeyde ve ciddi hastalığı olanlara bakımı için sorumluluğu aile üyeleri üstlenmektedir. Bu nedenle aslında palyatif ve hospis bakım bizim kültürümüzün içinde hep varolan bir hizmettir. Bunun yanında palyatif bakımın tam olarak gelişmemiş olmasının nedeni personel yetersizliğidir. Bu konuda temel tıp eğitimi, hemşirelik eğitimi ve profesyonelleşme adına bir yaklaşımın olmaması nedeniyle palyatif bakımın gelişimi yavaş gerçekleşmiştir (Gültekin vd 2010).

Palyatif bakım alanındaki en büyük adım Pallia-Türk Projesidir. Bu proje 2009-2015 Ulusal Kanser Kontrol programında tanımlanmıştır. 2012-2013 yıllarında proje kapsamında belirli merkezlerde palyatif bakım üniteleri kurulmuş ve bu ünitelerin

yaygınlaştırılması için yoğun çalışmalara başlanmıştır (Kıvanç 2017). Bu projesinin amaçları; her vatandaşın temel palyatif bakım hizmetlerini alma şansına sahip olması için aile hekimleri, hemşireleri ve evde bakım ekipleriyle toplum temelli bir sistem oluşturulması hastaların psikososyal, ekonomik ve dini ihtiyaçlarını karşılamak için sivil toplum örgütlerinin ve belediyelerin entegrasyonu sağlanması şeklinde sıralanabilir (Özgül vd 2012).

Sağlıkta Dönüşüm programıyla birlikte Sağlık Bakanlığının Evde Bakım Hizmet sunumu palyatif bakımın ilk adımıdır. Kamu hastaneleri ile aile sağlığı merkezleri evde sağlık hizmetleri vermeye başlamıştır. Aynı zamanda hasta kişilere yaşadıkları ortamda sağlık ekibi tarafından hedeflenen bakım izlemi yapılır (Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik 2010).

Ortadoğu Kanseri Konsorsiyumu'nun (Middle East Cancer Consortium) (MECC) 2005 yılında sunduğu Palyatif Bakım Raporu, Türkiye'nin mevcut onkoloji ve uzman ağrı kontrol ünitelerinde sınırlı palyatif bakım hizmeti sunulduğu ve geniş popülasyonların ihtiyacına rağmen hizmet gelişimi için sadece birkaç program olduğu belirtmektedir. Bu nedenle Türkiye'de; İstanbul'da ve Ankara'da palyatif bakım hastanelerin ünitelerine açılması önerilmiştir (Bingley ve Clark 2009). Bu öneriden sonra erişkin hastalara yönelik ilk Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi Ankara Ulus Devlet Hastanesinde açılmıştır (Kabalak vd 2013, Kabalak 2014). Uzun süreli yoğun bakım hizmetleri, palyatif bakım, ağrı bilimi ve evde bakım hizmetleri ile beraber yürütülmektedir (Kabalak vd 2013).

Palyatif bakım ile ilgili ilk yasal düzenleme Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergesi ile 2015 yılında yapılmıştır. Yönerge; yaşamı riske atan ve tehdit eden hastalık nedeniyle ortaya çıkan ağrı ve diğer belirtileri erken tanılamayı ve değerlendirmeyi, aile üyeleri ve hastalara her türlü (tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi) destek vererek acılarını azaltmayı, yaşam kalitelerini artırmak için palyatif bakım merkezleri kurmayı, fiziki şartları, araç ve gereç temini, çalışacak personelin görev, yetki ve sorumlulukları ile uygulamanın kontrolüyle ilgili esasları içerir (Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge 2015). Yönetmeliğe göre palyatif bakım hizmeti üç basamak halinde verilmektedir.

**Birinci Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri:** Aile sağlığı merkezleri, belediyeler, evde bakım hizmetleri gibi birimlerce hasta takip edilir. Hastaların tanı ve tedavi seyrine göre bir üst basamağa geçişi sağlanır (Kabalak vd 2013).

**İkinci Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri:** Alanında uzman sağlık çalışanlarının koordinasyonu ile hastanın semptomlarını azaltmak için farmakolojik, nonfarmakolojik tedaviler uygulanır. Beslenme, mesleki terapi, fizyoterapi, psikoloji ve sosyal hizmetler verilir. Hastaların yaşamının son zamanlarında motivasyonunu arttırmak amacıyla ilgi alanlarına, hobilerine ve inançlarına yönelik ortamlar oluşturulur (Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2011, Kabalak vd 2013).

**Üçüncü Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri:** Bu birimler, ciddi semptomları olan hastalara ve aile hekimleri tarafından tedavi edilemeyen akut-subakut ve kronik bakıma ihtiyacı olan hastalara bakmaktan sorumludur (Özgül 2012).

## 2.4. KONFOR KURAMI

Konfor Latince'de; güçlenmek, rahatlık, ferahlık anlamına gelmektedir (Kolcaba 1991a). Kolcaba'ya göre konfor dört anlama gelmektedir;

- ✓ Rahatsızlığın olmama durumu
- ✓ Memnuniyet, ferahlanmış hissetmek
- ✓ Rahatsızlığa neden olan durumların çözülmesi
- ✓ Hayatı kolaylaştıran, hoşya giden durumlar olarak tanımlamaktadır (Kolcaba 1991a; Kolcaba 1991b).

Tarihi süreçte konfor kavramı ilk olarak Watson'ın Bakım Kuramı ve Nightingale'in çalışmalarıyla 1980 yılında gelişmeye başlamıştır (Üstündağ 2009, Kubat 2017). Katharina Kolcaba 15 yıl süren çalışmaları sonucunda hemşirelik alanında konfor kuramını geliştirmiştir (Kolcaba 1991a, Kolcaba 1991b, Kolcaba 1992). Kolcaba konfor kuramını ilk olarak 1990 yılında ortaya atmıştır. Kökenleri gerontoloji bilimine özellikle Alzheimer hastalarında yaptığı çalışmalara dayanmaktadır. Konfor Kuramının Taksonomik yapısını, üç düzey ve dört alt boyuttan oluşmuştur (Kolcaba 1991a, Kolcaba 1994, Kolcaba 2001).

Kolcaba Taksonomik yapıyı test ettiğinde 48 maddeden oluşan dörtlü likert tipte Genel Konfor Ölçeğini geliştirmiş ve sonuçlarını 1992 yılında yayınlamıştır. Daha sonraki çalışmalarında ölçeğin daha hassas ölçüm yapmasının önerilmesi üzerine altılı Likert ölçeğini kullanmaya başlamıştır (Kolcaba 1992, Kolcaba 2001, Kuşuoğlu ve Karabacak 2008). Çalışmaları sonucunda Kolcaba, konfor kuramını geliştirerek 2003 yılında bu konudaki kitabını yayınlamıştır (Kolcaba 2003, Karabacak 2004).

Kolcaba'nın Konfor Teorisi dört aşamadan oluşmaktadır (Koç 2015, Kubat 2017).

- Konfor Gereksinimlerinin Belirlenmesi
- Girişimlerin Planlanması
- Etkenlerin dikkate alınması
- Değerlendirme

İzlenen bu aşamalar konforun artmasıyla birlikte sağlığı güçlendirmeyi hedeflemektedir (Kubat 2017).

#### 2.4.1. Konfor Kuramının Düzeyleri ve Boyutları

Konfor kuramının Taksonomik düzeyi iki aşamada incelenir. Kolcaba (2003), İlk aşamayı bireyin konfor gereksinimlerinin karşılanma durumuna göre belirlemiştir. Konfor düzeyleri ferahlama, rahatlama ve üstünlük şeklinde sıralanır (Kolcaba 2003, Kolcaba ve Dimarco 2005, Üstündağ 2009, Akgün 2016) (Şekil 2.3).

**Ferahlama:** Bireyin konforunu etkileyen sorunların çözülmeye başlanmasıyla hissettiği durumu göstermektedir (Kolcaba 2003, Karabacak 2004). Kişinin özel bir gereksiniminin karşılanması ile yaşanır, eski fonksiyonlarına dönme veya huzurlu bir ölümü içerir. Orlando etkileşim kuramında konforunu etkileyen sorunların çözülmesi sonucunda hissedilen duygu olarak belirtilmektedir. Henderson teorisinde ise bireyin 14 temel gereksiniminin karşılanması ile hissedilen durum olarak ifade edilir. Bu teoriler sonucunda kişinin yaşadığı ferahlama duygusunu sıkıntıdan kurtulmanın ilk aşaması olarak belirtilerek konforun temel düzeyini ferahlama olarak belirlemiştir (Kolcaba 2003, Üstündağ 2009, Sönmez 2013, Kubat 2017, Güner 2020).

**Rahatlama:** Konfor kuramının ikinci aşamasını oluşturmaktadır. Bireyin karşılaştığı sıkıntıdan sonra sakinlediğini, memnun olduğunu ve hoşnut olduğunu ifade etmesidir. Bireyin rahatlama düzeyi fiziksel, duyuşsal ve çevresel faktörlerden etkilenir (Kolcaba 1992, Kolcaba 2003, Üstündağ ve Eti Arslan 2010, Akgün 2016, Kubat 2017).

**Üstünlük:** Bireyin sorunlarının üstesinden gelmesi, karşılaştığı engelleri aşabildiğini ve kendi gücünü arttırdığı anlamına gelir. Konfor kuramının üçüncü aşamasında kişi sorunlarını çözmesiyle ferahlamış ve rahatlamış hissederek konforun en üst seviyesine ulaşır. Bireyin performansını üç konfor düzeyi de olumlu yönde etkiler

ve sorunlarıyla baş edebilecek gücünün olduğunu farkına varmasını sağlar (Kolcaba 2003, Karabacak 2004, Üstündağ 2009).

Kolcaba konfor kuramının ikinci aşaması olarak holistik (bütüncül) bir yaklaşımla kişinin konfor ihtiyaçlarını fiziksel, psikospiritüel, sosyo-kültürel ve çevresel olmak üzere dört boyutta incelemiştir (Kolcaba 2003, Kolcaba ve Dimarco 2005).

**Fiziksel Konfor Boyutu:** Bireyin fizyolojik olarak kendi beden algısıdır. Kişinin; dinlenme, uyku sorunları, mide-bağırsak hareketleri, sıvı elektrolit dengesi, yeterli oksijen saturasyonu vb. fiziksel durumların dengede olması durumudur; konforun en üst düzeyde olmasıdır (Kolcaba 2003, Koç 2015).

Kolcaba fiziksel konforun bireyin hastalıklara karşı verdiği yanıtta etkilendiğini vurgulamaktadır. Bireyin hastalıkla karşılaşmasıyla konforun bozulacağını vurgulamaktadır. Kolcaba'ya göre bireyin konforunu en çok ağrı etkilemektedir. Ağrı çözüm bulunması gereken ilk tanıdır. Diğer fizyolojik sorunlar ağrının giderilmesiyle çözüleceğini savunmaktadır (Kolcaba 2003, Kubat 2017).

**Psikospiritüel Konfor Boyutu:** Ruhsal, manevi ve akıl sağlığı bileşenlerinden oluşmaktadır. Bireyin yaşamına değer katan; kendisinin farkında olma, benlik kavramı, cinsellik, benlik saygısı olma duygularını kapsar (Kolcaba 1991a, Kolcaba 1991b, Kolcaba 2003, Karabacak 2004, Arslan ve Konuk Şener 2009). Cerrahi girişim uygulanan bireyi en çok etkileyen anksiyete; psikospiritüel konforu bozmaktadır (Kolcaba 2003, Üstündağ 2009, Kubat 2017, Güner 2020). Örneğin mastektomi operasyonu geçirecek hastaya bilgi verilmemesi, rahatlatıcı konuşma yapılmaması bireyin anksiyetesinin artmasına sebep olacak ve psikospiritüel konforu bozulacaktır. Bu nedenle bireye anksiyetesini veya korkusunu ifade etmesi sağlanmalı, bireyi güçlendirici girişimlerde bulunulmalıdır.

Kolcaba ve Fox'un yaptığı bir çalışmada meme kanserli radyoterapi alan kadınların, anksiyetesi ve konforu arasında ilişki olduğunu, anksiyete artışının bireyin konforunu bozduğunu belirtilmektedir (Karakaplan 2007, Üstündağ ve Eti Arslan 2010).

**Çevresel Konfor Boyutu:** Bireyin konforunu dış etkenlerin etkilediğini ifade etmesidir. Dış etkenler; ortam sıcaklığı, aydınlatma, koku, gürültü renk gibi faktörleri barındırmaktadır. Çevresel ortamın uygun olması kişinin hastanede yatış süresini azaltır,

enfeksiyonlardan korunmasını sağlar, iyileşmesini hızlandırır (Kolcaba 2003, Kolcaba ve Dimarco 2005, Üstündağ 2009, Koç 2015).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada hastanenin fiziksel özellikleri hastalar üzerinde olumlu ve olumsuz yönlerinin olduğu, hastaların hastane seçiminde fiziksel özellikleri göz önünde bulundurduğu vurgulanmaktadır (Karan ve Aştı 2003).

**Sosyo-kültürel Konfor Boyutu:** Bireyin sosyal ve kültürel çevresini algılama durumunu, sosyal ve kişiler arası ilişkilerini kapsar. Bireyin geleneği, inancı, kültürü ve değerlerinin onun üzerindeki etkilerinin, yaşam biçiminin göz önünde bulundurularak bakım verilmesi sosyo-kültürel konforunu içermektedir (Üstündağ 2009). Bu faktörler bireyin konforunu artırır. Bireyin gelenek ve görenekleri dikkate alınmalıdır. Bu faktörler göz önüne alınmadan danışmanlık ve eğitim verilmesi bireyin konforunu azaltır. Ayrıca çevresindeki kişilerin desteğinin olmaması, bakıma yönelik giderlerini karşılayabilmesi gibi faktörlerde bireyin konforu etkilemektedir (Kolcaba, 2003, Kubat 2017).

Konfor	Düzeyleri		
	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
Boyutları			
Fiziksel			
Psikosprituél			
Çevresel			
Sosyokültürel			

**Şekil 2.3** Konforun Taksonomik Yapısı

## 2.5. Konfor ve Meme Kanseri

Genel olarak kanser hastaları ve aileleri konforda bozulma yaşarlar. Konforsuzluk acı verici semptomlar olarak değerlendirilir (Nuraini vd 2018). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), konforu palyatif bakımın amacı olarak düşünülmesi ve geliştirilmesi gereken durum olarak tanımlamaktadır (ANA 2019).

Konfor sağlık hizmetlerinde önemli olup meme kanseri hastaları da dahil olmak üzere tüm kanser hastalarının palyatif bakımının bir parçasıdır (Nuraini vd 2018). Konforun sağlanabilmesi için literatürde bakımın sağlanması, ailenin desteği sevme ve sevilme ihtiyacı, hastalığın yönetilme şekli gibi etkenlerin önemi vurgulanmaktadır. Bu nedenle hastaları ve hasta yakınlarını hem fizyolojik hem de psikolojik yönden değerlendirmek gerekmektedir (Krinsky vd 2014). Palyatif bakım alan meme kanseri hastalarında rahatlığın yaşam kalitesine etkisini araştıran bir çalışmada, hastaların konfor düzeyleri arttıkça yaşam kalitesinin arttığı, kansere bağlı oluşan semptomların azaldığı görülmüştür (Eton vd 2004). Yapılan bir çalışmada meme kanserinde tedavi yöntemi olarak uygulanan palyatif radyoterapinin uygulanması sırasında konforu destekleyici hemşirelik bakımının anksiyeteyi azalttığı ve radyoterapiye uyumunu kolaylaştırdığı belirtilmektedir (Karabacak 2004). Ekonomik sorunların meme kanseri hastalarının konforuna etkisi üzerine yapılmış bir çalışmada, kanser hastalarının %70-%80'inin ekonomik nedenlerden dolayı fiziksel sorunların arttığı bu da bireylerin konforunu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Effendy 2015).

## 2.6. KÜLTÜRLERARASI ÖLÇEK UYARLAMA

Ölçek çevirisi ile ölçek uyarlaması arasında farklılık bulunmaktadır. Ölçek çevirisi daha yaygın bir terim iken uyarlama daha geniş bir terimdir. Bir ölçeği bir dilden ve kültürden diğerine taşımayı ifade eder. Ölçek uyarlaması; ikinci bir dilde ve kültürde testin birinci dilde aynı yapıyı ölçüp ölçemeyeceğine karar vermek, çevirmenlerin seçilmesi, test çevirmenlerinin çalışmalarını değerlendirmek için bir tasarım seçme, test formatının değiştirilmesi, çeviri yapılması, testin ikinci dil ve kültürdeki eşdeğerliğinin kontrol edilmesi ve gerekli diğer geçerlilik çalışmalarının yapılması faaliyetleri içerir. Ölçek çevirisi, dilsel anlamı korumak amacıyla ölçeği bir dilden ve kültürden diğerine taşımak için daha sınırlı bir anlama sahiptir. Ölçek çevirisi, uyarlama sürecinin yalnızca bir parçasıdır (ITC 2018).

### 2.6.1. Uluslararası Test Komisyonu (ITC) Kılavuzu

Bireyin kültürel çevresine göre şekillenen sağlık bilgisi, tutum ve davranışlarının psikometrik ölçümlerinde de standardizasyon ve veri güvenilirliğini sağlamak için birtakım rehberler ve algoritmalar kullanılmaktadır (Çapık vd 2018). Bu kılavuzlar içinde, kültürlerarası ölçek uyarlama sürecinde Uluslararası Test Komisyonu'nun (ITC) ölçek uyarlama çalışmalarında izlenecek olan adımları tanımlayan ikinci baskı kılavuzu da yer almaktadır. İkinci baskı, ilk baskıyı geliştirmek ve test teknolojisi ve uygulamalarındaki gelişmelere yanıt vermek için hazırlanmıştır. Test çevirisi ve uyarlamasının kalitesini ve dolayısıyla kültürler arasında puanların karşılaştırılabilirliğini geliştirmek için Uluslararası Test Komisyonu (ITC), uyarlama süreci için bir dizi kılavuz önermiştir. Bu kılavuz, altı bölüm halinde düzenlenmiş 18 yönergeyi içermektedir. Bu bölümler; 1) Ön Koşul, 2) Test Geliştirme, 3) Doğrulama, 4) Yönetim, 5) Puan Ölçekleri ve Yorumlama ile 6) Dokümantasyon başlıklarından oluşur. Her bir yönerge uygulama önerileriyle birlikte bir açıklama sunmaktadır (ITC 2018, Hernandez vd 2020).

**Ön Koşul:** Uyarlama sürecine başlamadan önce alınması gereken kararlarla ilgili üç yönergeyi içerir. Yönergeler; 1-herhangi bir uyarlama yapmadan önce ölçeğin yazarından gerekli iznin alınması, 2-ölçek tarafından ölçülen yapının tanımındaki ve içeriğindeki örtüşme miktarının ve ilgili popülasyonlardaki madde içeriğinin, puanların amaçlanan kullanımı için yeterli olduğunun değerlendirilmesi, 3-ölçeğin ilgili popülasyonlarda amaçlanan kullanımlarıyla kültürel ve dilsel farklılıkların etkisini en aza indirmeyi önerir. Ölçek çevirmenlerinin seçimine dikkat edilmesini ve çevirmenlerin hedef dile ve kültüre hâkim olmasını gerektirir (ITC 2018, Hernandez vd 2020).

**Test Geliştirme:** Ölçek uyarlamasının analiz sürecine odaklanan beş yönerge içerir. Yönergelerde; 1-çeviri ve uyarlama süreçlerinin ilgili uzmanlığa sahip bireylerin seçimi yoluyla hedeflenen popülasyonlardaki dilsel, psikolojik ve kültürel farklılıkları dikkate alınmasının sağlanmasını, 2-ölçek uyarlamasının uygunluğunu en üst düzeye çıkarmak için uygun çeviri prosedürleri kullanmayı, 3-ölçek talimatlarının ve madde içeriğinin amaçlanan tüm popülasyonlar için benzer anlama sahip olduğuna dair kanıt sağlanmasını, 4-madde biçimlerinin, puanlama kategorilerinin, uygulama biçimlerinin ve diğer prosedürlerin amaçlanan popülasyonlar için uygun olduğuna dair kanıt sağlanmasını, 5-uyarlanmış testte gerekli revizyonların yapılabilmesi için madde analizi, güvenilirlik değerlendirmesi ve küçük ölçekli geçerlilik çalışmalarını etkinleştirmek için uyarlanmış test hakkında ön uygulama yapılmasını önermektedir. Sonuç olarak kılavuz test geliştirme aşamasında uzman paneli kullanılması, kontrol için geri çevirinin



yapılmasını ve ölçeğin uyarlanmış versiyonunun ön uygulamasının yapılması önerilir (ITC 2018, Hernandez vd 2020).

**Doğrulama:** Orijinal ve uyarlanmış versiyonların eşdeğerliğini, güvenilirliğini ve geçerliliğini destekleyen deneysel kanıtlarını içeren beş yönerge içerir. Yönergelerde; 1- Ölçeğin amaçlanan kullanımıyla ilgili özellikleri ve analizler için yeterli boyuta ve uygunluğa sahip örneklem seçilmesi, 2-amaçlanan tüm popülasyonlar için yapı eşitliği, yöntem eşitliği ve madde eşitliği hakkında ilgili istatistiksel kanıt sağlanması, 3- popülasyonlarda ölçeğin uyarlanmış versiyonunun analizlerini içermesi, 4-güvenilirliğini ve geçerliliğini destekleyen kanıtlar sağlanmasını, 5-bir ölçeğin farklı dillerde puan ölçeklerini belirlerken uygun veri analizi prosedürleri kullanılmasını içerir. Yapı eşitliğinde kullanılacak birçok analiz vardır. Kılavuzun önerilerinde, kültürel gruplar veya dil karşılaştırması ile ilgili kabul edilebilir yapı seviyesini belirlemede açıklayıcı ya da doğrulayıcı faktör analizi (AFA, DFA) yapılması önerilir. Yapısal eşitlik modellemesi ve çok özellikli çok yöntemli analizler, iç yapıya dayalı geçerlilik kanıtlarını ele alan verileri elde etmek (İç tutarlılık analizinde cronbach alfa katsayısı gibi) diğer yöntemlerdir. DIF (differential item functioning) analizleri, dil ve kültür grupları arasında madde denkliği hakkında daha da güçlü kanıtlar sağlar (ITC 2018, Hernandez vd 2020).

**Yönetim:** Uygulama sürecinin, alınan puanların güvenilirliğini ve geçerliliğini etkilememesini sağlamak için iki yönerge içerir. Yönergelerde; 1-Puanlardan elde edilen çıkarımların geçerliliğini etkileyebilecek yönetim prosedürleri ve yanıt biçimlerinin neden olduğu kültür ve dil ile ilgili sorunları en aza indirmenin sağlanması, 2-Örneklem gruplarında dikkat edilmesi gereken ölçek koşullarının belirtilmesini içerir. Ölçek uygulamasında sorun yaratabilecek olası faktörleri öngörmek önemlidir. Ölçeğin yapısı ve ilgili prosedürler, yeni dil ve kültüre uygun standart bir şekilde uyarlanmalı ve yeniden yazılmalıdır (ITC 2018, Hernandez vd 2020).

**Puan Ölçekleri ve Yorumlama:** Farklı kültürlerden insanlar arasında karşılaştırmaların analizlerin sonuçlarıyla elde edilen ölçüm denkliği düzeyinde yapılmasını ve farklılıkların doğru yorumlanmasını sağlamayı amaçlayan iki yönergeyi içerir. Yönergelerde tüm ilgili mevcut bilgilere atıfta bulunarak herhangi bir grup puanı farkını yorumlamayı, yalnızca puanların rapor edildiği ölçekte değişmezlik düzeyi belirlendiğinde popülasyonlar arasındaki puanların karşılaştırılmasını içerir (ITC 2018, Hernandez vd 2020).

**Dokümantasyon:** Uyumun kalitesi hakkında kanıt sağlamak için uyum sürecinin belgelenmesi gerektiğine dair tavsiyeler sunan iki yönerge içerir. Yönergeler, Bir ölçek başka bir popülasyonda kullanılmak üzere uyarlandığında, eşitliğini desteklemek için elde edilen kanıtların herhangi bir değişikliğin dokümantasyonunun sağlanması ve yeni popülasyonda uyarlanmış bir ölçeğin kullanımında iyi uygulamaları destekleyecek ölçek kullanıcıları için belgeler sağlanmasını içerir (ITC 2018, Hernandez vd 2020).

### 2.6.1. Ölçek Uyarlamada Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri

Pilot uygulamalar sonucunda son şekli verilen ölçek formunun model uyumu ve güvenilirlik düzeyinin belirlenmesi, ölçek uyarlamasının son aşamasıdır. Ölçek geliştirme ve uyarlama sürecinde yapılan iki faktör analizi AFA ve DFA'dır. AFA, genellikle ölçek geliştirme süreci uygulamalarında ölçme aracında yer alan maddelerin kaç alt boyutta toplanacağını ve aralarındaki ilişkiyi belirler. DFA ise ölçme aracının uyarlanma sürecinde en çok kullanılan önceden belirlenmiş modelin doğrulanması amacı ile yapılan analizdir. Ölçek uyarlama sürecinde AFA yerine doğrudan DFA analizi yapılmalıdır (Seçer 2018).

DFA işlemlerinde yapılması gerekenler:

- Ölçeğin orijinal dilinden uyarlanmak istenen dile çeviri işlemlerinin tamamlanması
- Dil geçerliliğinin sağlanması için yapılması gereken analizlerin tamamlanması (dil geçerliliği uygulaması, uzman görüşü vb)
- Pilot uygulamalar ile maddelerin genel durumu ölçeğin iç tutarlılık katsayısının incelenmesi madde toplam korelasyonlarına bakılması
- Pilot uygulama sonrası ölçeğe son şeklinin verilmesi ve DFA için ölçeğin yeterli büyüklükte bir örnekleme uygulanması
- Ölçeğin model uyumunun, madde faktör yük değerlerinin incelenmesidir.

Ölçek uyarlama sürecinde yapılması gereken iki işlem daha vardır. Bunlardan ilki ölçeğin eş değer form geçerliliğinin belirlenmesidir. İkincisi ise ölçeğin güvenilirlik analizlerinin yapılmasıdır. Bunun için; iç tutarlılık, iki yarı güvenilirliği ve test tekrar test şeklinde üç farklı güvenilirlik analizi yapılabilir (Seçer 2018).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1.Araştırmanın Tipi**

Araştırma Metodolojik tipte planlanmış bir çalışmadır.

#### **3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma Pamukkale Üniversitesi (PAÜ) Hastaneleri Onkoloji Anabilim Dalına bağlı Onkoloji Polikliniği ve Kemoterapi polikliniğinde yürütülmüştür. Onkoloji uzmanı olan hekimler farklı üç poliklinikte hasta muayenesi ve kontrolü yapmaktadır. Kemoterapi polikliniğinde iki asistan hekim poliklinik hizmeti yürütmektedir. Ayrıca kemoterapi ünitesinde dokuz adet yatak olabilen koltuk ve üç adet yatak hastalara hizmet vermektedir. Poliklinik ve kemoterapi üniteleri hafta içi her gün hastalara randevu verilerek sabah 09:00 ve 17:00 saatleri arasında çalışmaktadır. Hasta başvuru sayısı poliklinikler için ortalama günlük 30-40 iken kemoterapi üniteleri için ortalama günlük 50'dir. PAÜ Hastaneleri Onkoloji Anabilim Dalı kayıtlarına göre toplam 3468 onkoloji hastası mevcuttur. Kayıtlı hastaların 854'ü meme kanseri tanısıyla tedavi görmektedir.

#### **3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini PAÜ Hastaneleri Onkoloji Polikliniğinde tedavi alan ve tedavi sonrası kontrol amacıyla başvuran kayıtlı meme kanseri hastaları oluşturulmuştur (854 hasta). Veri toplamada ilk koşul, örneklerin istikrarlı istatistiksel bilgilerin kullanılabilirliğine izin verecek kadar büyük olması gerektiğidir. Bu gereklilik her türlü araştırma için geçerli olsa da özellikle test adaptasyon doğrulama çalışması bağlamında da geçerlidir. Çünkü test ve madde eşdeğerliğini oluşturmak için gereken istatistiksel teknikler, model parametrelerini güvenilir bir şekilde tahmin edebilecek kadar büyük örneklerle en anlamlı şekilde uygulanabilir (ITC 2018, Hernandez vd 2020). Hedef örneklem büyüklüğünün olasılıklı örnekleme yöntemi ile seçilmesi eğer olasılıksız yöntem kullanılacak ise popülasyon içindeki ölçülen özelliklere uygun örneklem büyüklüğünün en önemli sosyo -demografik özelliklerinin dikkate alınması önerilmektedir (Hernandez vd 2020). Yeterli örneklem büyüklüğünün ne kadar olması konusunda farklı

görüşler bulunmakla birlikte ölçmek istenen yapıyı iyi düzeyde ölçmeyi sağlayacak yeterli örneklem büyüklüğüne ulaşma önerilmektedir (Seçer 2018). Literatürde, ölçeğin madde sayısının beş ya da on katı olarak alınabileceği (Tavşancıl 2014, Esin 2017) faktör analizleri için 300 denek alınmasının iyi olarak değerlendirildiği bildirilmektedir (Ercan ve Kan 2004, Streiner vd 2015, ITC 2018). Ölçeği geliştiren yazarlar ilk versiyonda örneklem büyüklüğü olarak 55 meme kanseri hastası ile çalışmış (Nuraini vd 2018), revize edilen versiyonda ise 308 meme kanseri hastası almıştır (Nuraini vd 2019). Bu araştırmada toplam 34 madde olan ölçek için 10 katı denek alınarak 340 meme kanseri hastası araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Onkoloji polikliniğe kayıtlı tedavi alan ve tedavi sonrası kontrol amacıyla başvuru yapan meme kanseri hastaları, araştırmaya kabul edilme kriterleri de dikkate alınarak gelişigüzel örnekleme yöntemiyle çalışma kapsamına alınmıştır (Esin 2017).

### 3.4.Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımsız Değişkenler:** Sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikler (hastanın yaşı, eğitim durumu, medeni durum, aile yapısı, çalışma durumu, yaşadığı yer, gelir düzeyi, sosyal güvence durumu, tedavisi hakkında bilgi alma ve destek alma, tanı yılı, kanserin evresi, kanserin tedavisi (radyoterapi, kemoterapi) ve hastaların hemodinamik durumu bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

**Bağımlı Değişken:** Meme Kanseri Konfor Değerlendirme Ölçeğidir.

### 3.5.Araştırmaya Kabul Edilme Kriterleri

- PAÜ Hastaneleri onkoloji bölümüne kayıtlı olanlar
- 18 yaş ve üstünde meme kanseri hastası olan kadınlar
- Herhangi bir iletişim engeli olmayanlar
- Gönüllü olarak çalışmaya katılmayı isteyenler
- Kemoterapi ya da Radyoterapi alan hastalar
- İletişim kurulabilen hastalar

### 3.6. Veri Toplama Araçları

Hastalara İlişkin Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1), Meme Kanseri Konfor Değerlendirme Ölçeği (EK-2), Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu (EK-3) çalışmanın verilerinin toplanmasında kullanılmıştır.

### 3.6.1. Hastalara İlişkin Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1)

Literatür taranarak araştırmacılar tarafından geliştirilen (Kolcaba 2003, Üstündağ 2009, Sönmez 2013, Kroenke vd 2013, Effendy 2015, Pinto vd 2017, Wentlandt vd 2017, Coelho vd 2018, Nuraini vd 2018, Akçakaya 2018) bu form ile bağımsız değişkenler ile ilgili verilerin toplanması amaçlanmıştır. Toplam 14 sorudan oluşan formda, hastanın yaşı, eğitim durumu, medeni durum, aile yapısı, çalışma durumu, yaşadığı yer, gelir durumu, sosyal güvencesi, tedavisi hakkında bilgi alma ve destek alma durumuna ilişkin soruların verileri hastalardan toplanmıştır. Geriye kalan diğer dört soruya ait veriler (tanı yılı, kanser evresi, kanserin tedavisi (radyoterapi, kemoterapi) ve hastaların hemodinamik durumu poliklinik kayıtlarından alınmıştır.

### 3.6.2. Meme Kanseri Konfor Değerlendirme Ölçeği (MKKDÖ)(EK-2)

Nuraini ve arkadaşları tarafından (2018) geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ölçek meme kanseri hastalarının konforunu değerlendirmeyi amaçlamaktadır (Nuraini vd 2018). Ölçek geliştirmede kanser hastaları ile yapılan görüşmeler ve literatür taraması kapsamında 76 madde oluşturulmuş ve analiz edilmiştir. Analiz sonucunda ölçek 34 madde ve beş alt boyuttan (hastaların fiziksel, psiko-spritüel, sosyo-kültürel, çevresel ve ekonomik durumları) oluşmaktadır. Konforu ölçmek için oluşturulan alt boyutlarda; fiziksel boyutta 10 madde (1-10), psiko-spritüel boyutta 12 madde (11-22), sosyo-kültürel boyutta dört madde (23-26), çevresel boyutta dört madde (27-30), ekonomik durumda dört madde (31-34) bulunmaktadır. Likert Skalası (bir-dört) ile oluşturulan ölçek 1-kesinlikle katılmıyorum, 2-katılmıyorum, 3-katılıyorum, 4-kesinlikle katılıyorum şeklinde değerlendirilir. Yüksek konfor dört puan ile ifade edilirken düşük konfor bir puandır. Ölçekten en yüksek 136 puan alınırken en düşük alınan puan ise 34'tür. Puanın yüksek olması yüksek konforu gösterir. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,912 bulunmuştur. Nuraini ve arkadaşları tarafından 2019 yılı sonunda yapı geçerliliği ve ölçüt geçerliliği yapılan ölçek, beş alt boyutu birleştirilerek tek faktörlü ve 33 madde şeklinde yenilenmiştir (Nuraini vd 2019).

### 3.6.3. Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu (EK-3)

Kolcaba tarafından (2006) geliştirilen ölçek hastaların konforunu ölçmek amacıyla oluşturulmuştur. Ölçek üç alt boyuttan (ferahlama, rahatlama, sorunların üstesinden gelme) oluşmaktadır. Ölçekte ferahlama alt boyutu dokuz, rahatlama alt boyutu dokuz, sorunların üstesinden gelme alt boyutu ise 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte toplamda 28 madde bulunmaktadır. Ölçek dördü ve altılı Likert tipte kullanılabilir. Ölçekte hem pozitif hem de negatif maddeler yer almaktadır. Değerlendirme yapılırken

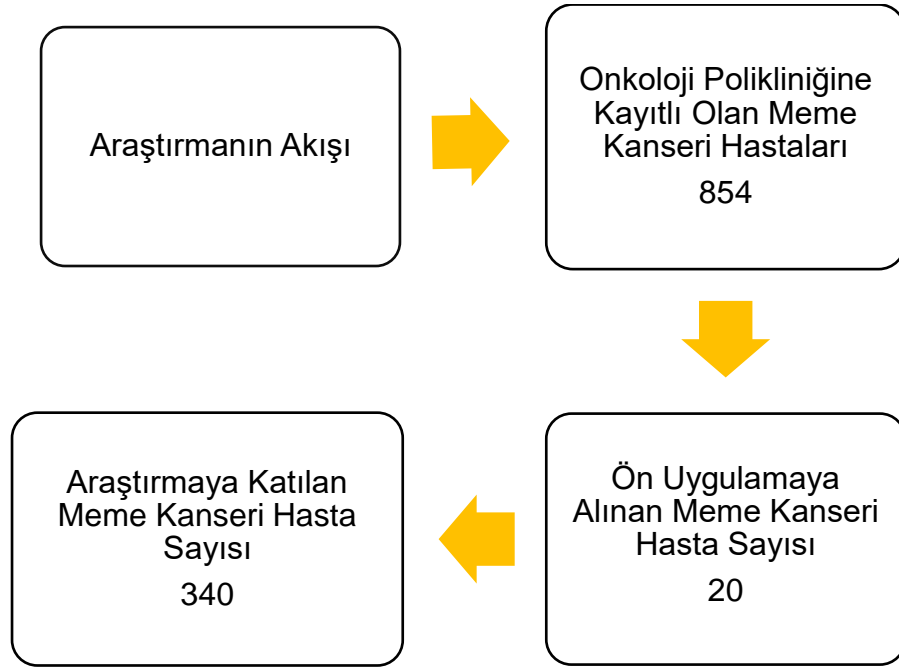
negatif maddeler ters çevrilerek kodlanıp toplanır. Toplam puan ölçek maddelerinin toplam sayısına bölünerek puan ortalama değeri bulunur. Ölçekten en yüksek toplam 168 puan; en düşük ise toplam puan 28 puan alınabilmektedir. Ölçekten en düşük değer olarak alınan bir puan düşük konfor durumunu, en yüksek değer olarak alınan altı puan ise en yüksek konfor durumunu gösterir. Ölçeğin Türk diline uyarlaması 2018 yılında Çıtlık ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin test edilmesinde altılı Likert tipi ölçek kullanılmıştır. Çıtlık ve arkadaşları ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısını 0,82 olarak saptamıştır (Çıtlık vd 2018).

### **3.7. Verilerin Toplanması**

Veriler, örnekleme alınan meme kanseri hastalarından 2019 Eylül- 2020 Mart ayları arasında yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Araştırmacı tarafından çalışmaya katılacak hastalara, araştırma hakkında bilgilendirme yapılarak sözlü onamları alınmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü hastalara veri toplama formları (EK-1, EK-2, EK-3) doldurulmuştur. Tanıcı Bilgi Formunda yer alan son dört soru (tanı yılı, kanserin evresi, kanserin tedavisi ve hastaların hemodinamik durumu) hastalar tarafından doğru cevaplayamayacağı, hatırlayamayacağı ve/veya bilmediği düşünülerek poliklinik kayıtlarından alınmıştır. Tüm formların uygulama süresi ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

### **3.8. Ön Uygulama**

Hazırlanan anket formlarının anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini belirlemek için örnekleme kriterlerine benzeyen 20 meme kanseri hastasına ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama verileri de PAÜ Hastanesinden toplanmıştır (Şekil 3.1). Ön uygulamanın sonunda hastalar tarafından anlaşılmayan soru bulunmadığı, hastaların net bir şekilde soruları cevaplayabildiği görülmüş ve herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulamaya alınan meme kanseri hastaları çalışmaya dahil edilmemiştir. Ön uygulamada soruların anlaşılabilirliği ile madde analizi ve cronbach alfa düzeyleri de değerlendirilerek ölçeğin uyarlamasına ilişkin bir ön bilgi edinilmiştir (ITC 2018).



**Şekil 3.1** Araştırmanın Akış Şeması

### 3.9. Meme Kanseri Konfor Değerlendirme Ölçeğinin Uyarlama Süreci Aşamaları

Meme Kanseri Konfor Değerlendirme Ölçeğinin Uyarlama Süreci Aşamalarını gösteren iş akış şeması Şekil 3.2'de gösterilmiştir (ITC 2018, Çapık vd 2018).

#### 3.9.1. MKKDÖ'nin Dil Geçerliliği

İlk aşamada Uluslararası Test Komisyonu Kılavuzu'nun (2018) ilk bölümü olan önkoşul bölümü uygulanmıştır. Bu kapsamdaki yönergeler ölçek uyarlama sürecine başlanmadan önce yapılacakları gösterir (ITC 2018). Ölçek ihtiyacının belirlenmesinde araştırmacı şu soruları cevaplandırmalıdır: Bu ölçme aracına gereksinim var mı, Bu ölçek neyi ölçecek, hedef grup kim, kimler için kullanılabilir? Ölçeğin uygulama koşulları ne?, Ölçek ne kadar sürede tamamlanarak, uygulanabilecek? sorularına tahmini yanıtlar verilmelidir. İhtiyaç belirlendikten sonra halihazırda kullanılacak bir ölçek yoksa yurt dışında geliştirilmiş bir ölçme aracının uyarlaması yapılabilir (Seçer 2018). Araştırmamızda Uluslararası Test Komisyonu Kılavuzu'nun (2018) ölçek çeviri uyarlama yönergeleri dikkate alınmıştır. Bu kapsamda ilk olarak önkoşul bölümünde belirtilen kriterler uygulanmıştır. Öncelikle ülkemizde giderek artan meme kanseri, hastalarının konforunu değerlendirmesi açısından ölçeğin Türk toplumu için gerekli olduğu düşünüldü. Ölçek maddelerinde yer alan soruların kültürel olarak uyum sağlayabileceği tahmin edilerek ölçeğin uyarlamasının yapılmasının literatüre katkı sağlayabileceği

beklendi. Bu karardan sonra ölçeği geliştiren yazarlardan biri olan Tuti Nuraini ile e-posta ile ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliğinin yapılabilmesi için yazardan gerekli izin alındı (EK-12). Dil ve kültürel özgünlükler göz önünde bulundurularak ölçeğin çevirisini gerçekleştirecek uzmanlar seçildi (Tablo 3.1).

**Tablo 3.1** MKKDÖ'nin ITC (2018) Kılavuzu Birinci Bölüme Göre Uyarlama Süreci ve Kanıtları

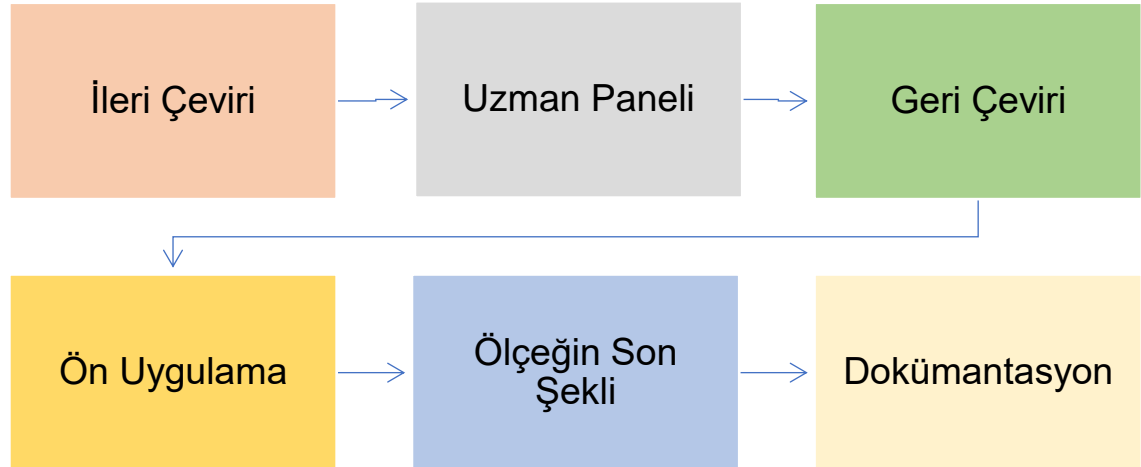
ITC KILAVUZU 2018			KANITLAR
<b>BİRİNCİ BÖLÜM</b> <b>ÖNKOŞUL</b>	Ö1	Ölçeğin Türkçeye uyarlanması için yazardan izin alınması	Ölçek kullanım izni (EK-12)
	Ö2	Ölçek yapısının yeterliliğinin değerlendirilmesi	Araştırmacılar
	Ö3	Ölçeğin ileri çevirisini yapmak amacıyla seçilen çevirmenlerin hedef dile ve kültüre uygun seçilmesi	Alanında uzman bir mütercim tercüman ve bir İngilizce öğretmeni belirlendi (EK-8)

Kılavuzun (ITC 2018) ikinci bölümü olan test geliştirme bölümü yönergeleri kapsamında ölçeğin uyarlanmasında geçerlilik ve güvenilirlik analizlerine odaklanılır. Burada ölçeğin dil uyarlaması ve dil özelliklerinin incelenmesi sürecinde ölçeğin ileri çevirisinin yapılması, uzman paneli kullanımı, geri çevirisinin yapılması ve uyarlanan versiyonun ön uygulamasının yapılması önerilir (Tablo 3.2) (ITC 2018).



**Tablo 3.2** MKKDÖ'nin ITC (2018) Kılavuzu İkinci Bölüme Göre Uyarlama Süreci ve Kanıtları

ITC KILAVUZU 2018			KANITLAR
İKİNCİ BÖLÜM TEST GELİŞTİRME	T1	Konu ile ilgili uzmanlığa sahip uzmanların seçilmesi	Uzman panelinin oluşturulması (EK-6)
	T2	Uygun çeviri tasarımı ve prosedürünü kullanma	İleri çeviri (EK-5), uzman paneli (EK-6), geri çeviri (EK-7)
	T3	Ölçeğin Türk toplumu için benzer yapıya sahip olduğunun kanıtlanması	Uzman paneli raporu (EK-6)
	T4	Ölçek puanları, uygulama biçiminin uygun olup olmadığına dair kanıt	Uzman paneli raporu (EK-6)
	T5	Uyarlanmış testin ön uygulamasının yapılması	Ön uygulama analiz sonucu (Tablo 4.4 ve Tablo 4.5)



**Şekil 3.2** MKKDÖ'nin ITC (2018) Kılavuzuna Göre Çeviri Prosedürü Süreci

**İleri Çeviri:** Çeviri, ölçek uyarlama çalışmalarının ilk basamağıdır. İlk çeviri çoğunlukla birbirinden bağımsız iki çevirmen tarafından yapılmalıdır. Çeviriyi yapacak olan çevirmen alanında uzman, sağlık terimlerine hâkim; sağlık araştırmacısı olmalıdır.

Ölçeğin çevirisinde birebir çeviri şart değildir. Çeviri de amaç ölçek maddelerinin kavramsal eş değerliliği ile açık, net, kısa ve kültürel yapıya uygun olarak yapılmalıdır (ITC 2018, Çapık 2018).

**Uzman Paneli:** Uzman paneli bazı kaynaklarda geri çeviriden sonraki aşamada olsa da ITC'nin kılavuzuna göre uzman çevirisinden hemen sonra gelmektedir (ITC 2018). Uzman paneli; çevirinin anlamlı olup olmadığı, Türk kültür yapısına uygunluğu ve ölçek maddelerinin orijinal formuyla tutarlı olup olmadığı belirlemek amacıyla yapılır. Uzman panelindeki araştırmacılar, ölçek maddeleri ile ilgili öneri sunabilir ve bazı maddeleri değiştirebilir. Ölçeğin orijinal formu, çeviriler, ölçeğin puanlama şekli gibi öğeler uzman paneli kısmında incelenerek ölçeğin son şekli verilir (ITC 2018, Çapık 2018).

**Geri Çeviri:** ITC kılavuzuna göre bu aşamada; uzman paneli sonucunda ölçeğin oluşturulan yeni şekli, ana dili İngilizce olan ve çeviri yapılacak olan dili ana dili gibi bilen bir çevirmen tarafından geri çevirisi yapılmalıdır. Çevirmen tarafından tamamlanan geri çeviri ölçeğin orijinal formu ile karşılaştırılır. Anlamsal farklılıklar, gramer hataları gözlemlenir ve ölçeğin son şekli verilir (ITC 2018, Çapık 2018).

**Ön Uygulama:** Hazırlanan ölçeğin anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini değerlendirmek amacıyla örneklem grubuna pilot uygulama yapılır. Ölçekte pilot uygulama yapılan meme kanseri hastalarına MKKDÖ'de anlamadığı veya cevaplayamadığı madde olup olmadığını sorulur. Daha iyi bir uygulama için pilot uygulamaya katılan meme kanseri hastalarının önerileri alınır (ITC 2018, Çapık 2018).

**Ölçeğin Son Şekli:** Tüm aşamaları geçtikten sonra MKKDÖ'ne son şekli verilir.

**Dokümantasyon:** MKKDÖ'nin Türkçeye uyarlama süreci çalışmamızda belgelendirilmiştir.

### 3.9.2. Ölçeğin Kapsam Geçerliliği

ITC (2018) Kılavuzuna göre ölçeğin son şeklinin oluşturulmasının ardından kapsam geçerliliğinin sağlanması amacıyla uzman görüşleri alınmaktadır. Kapsam geçerliliği bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki maddelerin anlaşılabilir olması ve örneklem grubuna uygunluğunu değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır (Yurdagül 2005). Kapsam geçerliliğini değerlendirmek için Davis tekniği kullanılmaktadır. Davis Tekniğine göre kapsam geçerliliği indeksinin hesaplanabilmesi için en az üç en fazla 20 uzmana danışılması gerekmektedir. Uzmanlardan Davis tekniğine göre ölçek maddelerinin anlaşılabilirliğini ve uygun olmayan çeviriler hakkında önerilerini almak amacıyla her bir

ölçek maddesinin Türkçesi ve orijinal halini karşılaştırarak puanlamaları istenmektedir (1-puan uygun değil, 2-puan maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekiyor, 3-puan uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor, 4-puan çok uygun). Değerlendirmeler sonucunda bir ve iki puanı işaretleyen uzman sayısı, araştırmaya katılan toplam uzman sayısına bölünerek kapsam geçerlilik indeksi elde edilmektedir. Kapsam geçerlilik indeksi 0,80 ve üzerinde olan maddeler kapsam geçerliliği açısından uygun kabul edilmektedir (Davis 1992, Sönmez 2013).

### 3.9.3. Ölçeğin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

Kılavuzun (ITC 2018) üçüncü bölümü olan Doğrulama aşamasında öncelikle literatür önerilerine göre uygun örneklem büyüklüğü belirlenmiştir. Meme Kanseri Konfor Değerlendirme Ölçeğinin güvenilirliğini, geçerliliğini ve eşdeğerliliğini ortaya çıkaran analizler yapılmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizinde yapılan uygulamalar Şekil 3.3'te gösterilmiştir.

### 3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada hata payı %5 olarak belirlenmiştir. DFA bulgularının tamamı R-Project programı (R Core Team, 2020) ve lavaan (Rosseel, 2012) paketi kullanılarak elde edilmiştir. Diğer analiz bulguları ise IBM SPSS 26 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmada hata payı %95 güven düzeyinde ( $p < 0.05$ ) değerlendirilmiştir. Araştırmada kullanılan yöntemler ve istatistiksel analizler Tablo 3.3'te gösterilmiştir.

### 3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Öncelikle ölçeği geliştiren yazardan (Nuraini ve arkadaşları 2018) ölçeğin kullanımı için e posta yolu ile izin alınarak çalışmaya başlanmıştır (EK-12). Daha sonra ölçeğin eş zaman geçerliliğini belirlemek için kullanılacak Genel Konfor Ölçeğinin Ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan yazarlardan izin alınmıştır (EK-13). Araştırmaya başlamadan önce etik kurul izni PAÜ Girişimsel Olmayan Klinik Etik Kurulu'ndan yazılı olarak alınmıştır (EK-11), 06.08.2019 tarih ve 14 sayılı kurul Araştırmanın verilerinin toplanabilmesi için gerekli kurum izni PAÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkez Müdürlüğünden alınmıştır (EK-10). Verilerin toplanma aşamasında da araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm hastalara soru formları uygulanmadan önce yapılacak çalışma hakkında genel bilgi verilerek sözlü onamları alınmıştır.

**Tablo 3.3** Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler

	Ölçeğin Analizde Kullanılan Yöntemler	Yapılan Testler
<b>Araştırma Grubunun Özellikleri</b>		% Dağılımı Frekans Dağılımı
<b>Ölçeğin Geçerlilik Analizinde Kullanılan Yöntemler</b>	<i>Dil Geçerliliği</i>	İleri Çeviri Uzman Paneli Geri Çeviri
	<i>Kapsam Geçerliliği</i>	Uzman Görüşü (Davis Tekniği, Kapsam Geçerlilik İndeksi)
	<i>Yapı Geçerliliği</i>	Kaiser Mayer-Olkin Testi ve Barlett's Testi
		Doğrulayıcı Faktör Analizi
	<i>Eş Zaman Geçerliliği</i>	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu
<b>Ölçeğin Güvenilirlik Analizinde Kullanılan Yöntemler</b>	<i>Verilerin Normallik Dağılımları</i>	Skewness ve Kurtosis Katsayıları Histogram Grafiği Kolmogorov-Smirnov Testi
	<i>İç Tutarlılık ve Homojenik Madde Analizi</i>	Cronbach Alfa Katsayısı Madde Toplam Puan Korelasyonu
	<i>İki Yarı Güvenilirliği (SplitHalf)</i>	Spearman-Brown Coefficient Değeri

## MKKDÖ'NÜN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ

### GEÇERLİLİK ANALİZLERİ

#### Dil Geçerliliği

- ❖ İleri Çeviri
- ❖ Uzman Paneli
- ❖ Geri Çeviri
- ❖ Son Versiyon

#### Kapsam Geçerliliği

- ❖ Davis Tekniği
- ❖ Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ)

#### Yapı Geçerliliği

- ❖ Barlett's Testi
- ❖ Kaiser-Mayer-Olkin Testi
- ❖ Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

#### Eş Zaman Geçerliliği

- ❖ Person Momentler Çarpımı Korelasyonu

### GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ

- ❖ Verilerin Normallik Dağılımları

- ❖ Skewness ve Kurtosis Katsayıları
- ❖ Histogram Grafiği
- ❖ Kolmogorov-Smirnov Testi

- ❖ İç Tutarlılık Analizi (Cronbach Alpha ve Madde Analizi)

- ❖ İki Yarı Güvenilirliği Split Half (Spearman-Brown ve Coefficient Değeri)

- ❖ Maddelere İlişkin Ortalama ve Standart Sapma, Madde Silindiğinde Korelasyon Katsayıları, Madde Bütün Korelasyon Katsayıları

### Şekil 3.3 MKKDÖ'nin Geçerlilik ve Güvenirlilik Analizleri

#### 3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya gönüllü katılan hastaların kanser hastası olmaları nedeni ile bazen halsiz, yorgun ve kaygılı olmaları nedeniyle veri toplarken zorluklar yaşanmıştır. Bu durum veri toplama sürecinin uzun olmasına neden olmaktadır. Ayrıca verilerin sadece PAÜ Onkoloji Polikliniğinde toplanması da araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

#### 3.13. Süre ve Olanaklar

**Tablo 3.4** Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Tez Konusunun Belirlenmesi	Kasım 2018- Ocak 2019
Literatür Taranması	Kasım 2018-Haziran 2022
Tez Önerisi Hazırlığı	Ocak 2019-Haziran 2019
Kurum İzinleri ve Etik Kurul Onayı	Temmuz 2019
Tez Önerisi Sunumu	Temmuz 2019
Verilerin Toplanması	Eylül 2019- Haziran 2020
Verilerin İşlenmesi Analizi	Temmuz 2020-Ocak 2021
Tez Yazımı	Ocak 2021-Haziran 2022
Tez Sunumu	Temmuz 2022

## 4. BULGULAR

Kılavuzun (ITC 2018) üçüncü bölümü olan doğrulama kapsamında yer alan yönergeler dikkate alınarak uyarlanan ölçeğin, eşdeğerliliğini, güvenilirliğini ve geçerliliğini destekleyen bulgular bu bölümde yer almaktadır. MKKDÖ'nin geçerlilik ve güvenilirlik bulguları üç başlık altında verilmiştir.

### 4.1. Meme Kanseri Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Hastalık Öyküleri

Araştırma kapsamına dahil edilen meme kanseri hastalarının sosyo-demografik özelliklerine ve hastalık öykülerine göre dağılımları bu başlıkta değerlendirilmiş, bulgulara ait frekans analizleri sunulmuştur. Frekans analizleri, gruplara ait frekans (n) ve yüzde (%) değerleri birlikte verilmiştir.

Tablo 4.1'de araştırmaya katılan hastaların demografik bulgularına göre frekans analizi sonuçları gösterilmektedir. Frekans analizi bulgularına göre, hastaların yaş ortalamaları  $53,08 \pm 17,84$  iken, %43,5'i 40-64 yaş aralığında belirlenmiştir. Meme kanseri hastalarının eğitim durumu bulgularında, %23,5'i ilkokul mezunu, %20,0'si üniversite mezunudur. Hastaların %65,3'ü evli, %65,3'ü çekirdek aileye sahip, %60,6'sının herhangi bir işte çalışmadığı, %44,4'ünün ilçede yaşadığı, %60,3'ünün ise gelirin giderden az olduğu saptanmıştır. Sosyal güvence durumuna göre hastaların %8,2'si sosyal güvencesi olmadığını ifade etmiştir.

**Tablo 4.1** Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

<b>Değişken</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>		
39 yaş ve altı	92	27.1
40-64 yaş	148	43.5
65 yaş ve üzeri	100	29.4
Yaş*	53.08 ± 17.84	
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur-yazar değil	39	11.5
Okur-yazar	54	15.9
İlkokul	80	23.5
Ortaokul	37	10.9
Lise	61	17.9
Üniversite	69	20.3
<b>Medeni durumu</b>		
Bekar	118	34.7
Evli	222	65.3
<b>Aile yapısı</b>		
Çekirdek aile	222	65.3
Geniş aile	77	22.6
Parçalanmış aile	41	12.1
<b>Çalışma durumu</b>		
Hayır	206	60.6
Evet	134	39.4
<b>Yaşadığı yer</b>		
Köy-kasaba	83	24.4
İlçe	151	44.4
İl	106	31.2
<b>Gelir durumu</b>		
Gelir gidere eşit	98	28.8
Gelir giderden az	205	60.3
Gelir giderden fazla	37	10.9
<b>Sosyal güvence durumu</b>		
Sosyal güvence yok	28	8.2
Sosyal güvence var	312	91.8

\*Ortalama ± standart sapma



Hastaların hastalık öykülerine göre özellikleri incelendiğinde, %43,5'inin 2019 yılında tanı aldığı, %71,8'inin tedavi hakkında bilgi aldığını, %59,7'si tedavi sürecinde ailesinin destek olduğunu belirtmiştir. Hastane kayıtlarından alınan hastalara ait diğer bulgularda ise %33,2'si hastalığın ikinci evresinde olduğu, %55,3'ünün kemoterapi, %19,4'ünün radyoterapi tedavisi aldığı, %70,9'unun ise hemodinamik durumunun stabil olduğunu saptanmıştır (Tablo 4.2).

**Tablo 4.2** Meme Kanseri Hastalarının Hastalık Öyküsüne Göre Dağılımları

<b>Değişken</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tanı yılı</b>		
2016 ve öncesi	50	14.7
2017	40	11.8
2018	96	28.2
2019	154	45.3
<b>Tedavi hakkında bilgi alma durumu</b>		
Evet	244	71.8
Hayır	96	28.2
<b>Tedavi sürecinde destek olan kişiler</b>		
Aile	203	59.7
Arkadaşlar	75	22.1
Hemşireler	21	6.2
Hekim	25	7.4
Destek Grupları/Gönüllüler	16	4.7
<b>Hastalık evresi</b>		
İlk evre	101	29.7
İkinci evre	113	33.2
Üçüncü evre	85	25.0
Dördüncü evre	41	12.1
<b>Alınan kanser tedavisi</b>		
Kemoterapi	188	55.3
Radyoterapi	66	19.4
Kemoterapi+Radyoterapi	86	25.3
<b>Hemodinamik durumu stabil olması</b>		
Evet	241	70.9
Hayır	99	29.1

## 4.2. Meme Kanseri Konfor Değerlendirme Ölçeğinin (MKKDÖ) Geçerlilik Bulguları

İkinci bölümde, ölçeğin geçerliliğine ilişkin analiz bulguları verilmiştir. Bu kapsamda dil geçerliliği, içerik ve kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği ve eş zaman geçerliliği analizleri yapılmış ve elde edilen bulgular sunulmuştur.

### 4.2.1. Dil Geçerliliği

MKKDÖ'nin uyarlama sürecinde ITC (2018) Kılavuzunun test geliştirme bölümünde yer alan yönergeler dikkate alınarak dil geçerliliği prosedürleri uygulanmıştır. Test geliştirme bölümünde öncelikle ilgili uzmanlığa sahip çevirmenlerin seçimi yapıldı. Bu amaçla ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi alanında uzman olan iki çevirmen tarafından bağımsız olarak yapıldı (EK-5). Daha sonra uzman paneli düzenlenerek çevirinin anlamlı olup olmadığı, Türk kültür yapısına uygun olup olmadığı ve ölçek maddelerinin orijinal formuyla tutarlı olup olmadığı incelenmiştir. Uzman panelinde uzmanların önerileri ve düzeltmeleriyle geri çeviriden önce ölçeğe son şekli verilmiştir (EK-7). Ölçeğin Türkçe'den İngilizce'ye geri çevirisi anadili Türkçe olan ve her iki dili anadili gibi bilen ve başka bir uzman tarafından çevrilmiştir. İngilizce'den Türkçe'ye çevrilen ve geri çevirisi yapılan ölçek, araştırmacı tarafından karşılaştırılarak gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Türkçe anlaşılabilirlik ve Türk diline uygunluk açısından bir dil bilgisi öğretmeni tarafından değerlendirilip gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra 20 meme kanseri hastasına ölçeğin ön uygulaması yapılmıştır. Ölçeğin ön uygulaması sırasında anlaşılamayan ya da yanlış anlaşılan maddeye rastlanmamıştır ve ölçeğe son şekli verilmiştir.

ITC (2018) Kılavuzuna göre gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra ölçek kapsam geçerliliğini belirlemek amacıyla uzman görüşüne sunulmuştur.

### 4.2.2. Kapsam Geçerliliği

Kapsam geçerliliği bir ölçme aracının ölçmek istediği nitelikleri yeterince ölçebilmesi veya kapsaması olarak tanımlanır (Seçer 2017, Seçer 2018). Ölçme aracının istenen niteliği yüksek düzeyde ölçmesi ve temsil edebilme gücünün yüksek çıkması kapsam geçerliliğinin aynı oranda artmasını sağlar. Ölçme araçlarından elde edilen bilgiler doğrultusunda araç hakkında daha doğru kararlar verilir (Seçer 2018). ITC (2018) Kılavuzuna göre ölçek geliştirme ve uyarlama sürecinde yer alan dil geçerliliğinin sağlanmasının ardından maddelerin anlaşılabilirlik düzeylerinin sorgulandığı ve çevirisi

uygun olmayan maddeler için görüşlerin alındığı aşama olan uzman görüşüne danışılmıştır. Uzman görüşü sonrasında 02,03,11,13,15,16,19,25 gibi maddeler gözden geçirildi. Yapılan uzman görüşleri doğrultusunda bu maddelerde değişiklik yapıldı. Ölçeğin orijinalinde 14. Madde “I feel anxious about death” (Ölüm konusunda endişeliyim) Tıbbi Onkoloji Anabilim dalı tarafından ölümden bahsetmesi nedeniyle onaylanmamıştır. Ölçeğin yazarından izin alınarak uzman görüşleri ile bu madde “Geleceğim konusunda endişeliyim” şeklinde değiştirilmiştir. Ölçeğin son şekli verilerek Uzman paneli raporunda belirtilmiştir (EK-6).

MKKDÖ'nin kapsam geçerliliği Davis tekniği ile hesaplanmıştır. Konu hakkında uzman 03-20 arasında kişi olması önerilen teknikte, uzmanların görüşleri KGİ ile değerlendirilmiştir (Esin 2017). Tablo 4.3'te 0.80'in altında kapsam geçerliliği indeksi olmadığı bulunmuştur. Maddelerin anlaşılabilirlik düzeylerinin 0,875 ile 1,00 arasında olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.3** MKKDÖ'nin Kapsam Geçerliliği Analiz Sonuçları (Uzman sayısı=8)

ÖLÇEK	UZMAN GÖRÜŞLERİ			
	MİN	MAX	ORTALAMA	KGİ
Palyatif Bakımda Meme Kanseri Konfor Değerlendirme Ölçeği				
1.Güçsüz hissediyorum	3	4	3,87	1,00
2.Mide bulantısı hissediyorum	3	4	3,87	1,00
3.Sağlık durumum nedeniyle, ailemin ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanıyorum (yemek yapmak, çocuklara bakmak gibi)	3	4	3,62	1,00
4.Tedavinin yan etkileri beni rahatsız etti	3	4	3,75	1,00
5.Kendimi hasta hissediyorum	3	4	3,75	1,00
6.İştahım yok	3	4	3,75	1,00
7.Sık sık başım dönüyor	3	4	3,87	1,00
8.Cildimin ve ağızımın çok kuru olduğunu hissediyorum	4	4	4,00	1,00
9.Yatak istirahati için çaba gösteriyorum	2	4	3,62	0,875
10.Hemen yoruluyorum	3	4	3,50	1,00
11.Kendimi üzgün hissediyorum	3	4	3,75	1,00
12.Hastalığımla mücadele etme konusunda ümitsizim	3	4	3,37	1,00
13.Kendimi huzursuz hissediyorum	2	4	3,75	0,875
14. Geleceğim konusunda endişeliyim	2	4	3,12	0,875
15.Durumum kötüleşir diye endişeleniyorum	3	4	3,62	1,00
16.Ailemdaki bireylerinde aynı hastalığa yakalanmasından endişe duyuyorum	3	4	3,62	1,00
17.Kızgın hissediyorum	4	4	4,00	1,00
18.Yalnız hissediyorum	3	4	3,75	1,00
19.Kendimi iyi hissetmediğim bazı değişiklikler yaşıyorum	3	4	3,75	1,00

20.Tedaviden korkuyorum	2	4	3,62	0,875
21.Tedaviyi sürdürmekten sıkıldım	3	4	3,50	1,00
22.Kendimi daha hassas hissediyorum	3	4	3,50	1,00
23.Kendimi diğer insanlara bağımlı hissediyorum	3	4	3,62	1,00
24.Hastalığım başka insanların hayatını etkilediği için üzülüyorum	3	4	3,87	1,00
25.Başkalarına yük olmaktan korktuğum için hastalığımı konuşmak istemiyorum	3	4	3,62	1,00
26.Ailemi korkutuyorum	3	4	3,75	1,00
27.Tedavinin maliyeti beni endişelendiriyor	3	4	3,87	1,00
28.Hastaneye ulaşım maliyeti konusunda endişeliyim	4	4	4,00	1,00
29.Tedavim boyunca oluşan maliyet konusunda endişeliyim	3	4	3,75	1,00
30.Hastalık gelirim kaybetmeme neden oluyor	4	4	4,00	1,00
31.Hastane ortamından rahatsız oluyorum	3	4	3,75	1,00
32.Hastane ortamında kalmaya katlanamıyorum	4	4	4,00	1,00
33.Hastane ortamının kokusundan hoşlanmıyorum	3	4	3,87	1,00
34.Hastane ortamında rahat hissedebiliyorum	4	4	4,00	1,00

Ön uygulama amacıyla ölçek araştırma kapsamına alınmayan 20 meme kanseri hastasına uygulanmıştır. Ölçeğin ön uygulaması sırasında maddelerin anlaşılabilirliği ve kültüre uygunluğu konusunda herhangi bir sorun saptanmamıştır.

#### 4.2.3. Ölçeğin Ön Uygulama Analizleri

MKKDÖ'nin ön uygulama güvenilirlik analizleri 20 hastanın verileri üzerinden uygulanmıştır. İlk aşamada geliştirilen ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik analizi sonuçları hesaplanmıştır. Cronbach Alfa güvenilirlik analizi sonuçları ölçek maddelerinin tanımlayıcı istatistik değerleri ile sunulmuştur. Sonraki aşamada geliştirilen ölçeğin Split Half korelasyon katsayı sonuçları hesaplanmıştır. Uygulamanın tamamı IBM SPSS 26 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

**Tablo 4.4** MKKDÖ'nin Ön uygulama Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Boyut	Madde	Ort	SS	DR	MSA	Alfa
Fiziksel	S1	2.30	1.17	0.69	0.81	0.847
	S2	1.95	0.94	0.67	0.82	
	S3	2.15	0.87	0.56	0.83	
	S4	1.55	0.75	0.51	0.83	
	S5	2.15	1.04	0.52	0.83	
	S6	2.55	1.19	0.70	0.81	
	S7	2.30	1.12	0.56	0.83	
	S8	1.80	1.05	0.32	0.85	
	S9	1.70	0.80	0.44	0.84	
	S10	1.45	0.75	0.51	0.83	
Psiko-spritüel	S11	2.10	1.16	0.84	0.93	0.942
	S12	2.20	1.05	0.91	0.93	
	S13	2.20	1.05	0.91	0.93	
	S14	1.90	1.07	0.87	0.93	
	S15	1.75	1.16	0.84	0.93	
	S16	1.40	0.74	0.23	0.95	
	S17	2.80	1.24	0.73	0.93	
	S18	2.95	1.14	0.62	0.94	
	S19	1.85	0.81	0.62	0.94	
	S20	1.95	1.09	0.82	0.93	
	S21	2.30	1.30	0.57	0.94	
	S22	1.60	0.88	0.83	0.93	
Sosyo-kültürel	S23	2.65	1.13	0.49	0.50	0.634
	S24	1.85	0.98	0.46	0.52	
	S25	2.20	0.89	0.36	0.60	
	S26	1.40	0.75	0.35	0.60	
Ekonomik	S27	1.85	1.13	0.66	0.69	0.782
	S28	2.15	1.34	0.71	0.65	
	S29	1.70	1.12	0.67	0.68	
	S30	2.60	1.18	0.34	0.84	
Çevresel	S31	1.95	0.94	0.75	0.55	0.738
	S32	2.50	1.14	0.70	0.56	
	S33	2.30	0.97	0.41	0.73	
	S34	2.35	0.93	0.29	0.79	

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, DR: Düzeltilmiş R, MSA: Madde silindiğinde Alfa

Tablo 4.4'te ön uygulamaya dahil edilen hastaların meme kanseri konfor değerlendirme ölçeğinin alt boyutları üzerinden elde edilen Cronbach Alfa güvenilirlik analizi sonuçları ve tanımlayıcı istatistik değerleri gösterilmektedir. Hastaların meme kanseri konfor değerlendirme ölçeğinin alt ölçek maddelerinin düzeltilmiş korelasyon değerleri pozitifdir. Ayrıca hastaların meme kanseri konfor değerlendirme ölçeğinin alt ölçeklerinde madde çıkarıldığında güvenilirlik katsayısında anlamlı bir artış olmadığı

görülmektedir. Bu bulgular doğrultusunda, meme kanseri konfor değerlendirme ölçeğinin genel ve alt ölçekleri için Cronbach Alfa katsayıları sırasıyla 0.940, 0.847, 0.942, 0.634, 0.782 ve 0.738 olarak elde edilmiştir.

**Tablo 4.5** MKKDÖ'nin Ön Uygulama Split Half Korelasyon Katsayıları

	<b>n</b>	<b><math>\bar{X}\pm SS</math></b>	<b>Alfa</b>
Birinci bölüm	17	34.25±12.16	0.934
İkinci bölüm	17	36.15±10.00	0.859
Spearman-Brown korelasyon katsayısı		0.839	
Guttman Split-Half		0.829	

$\bar{X}\pm SS$ : Ortalama±standart sapma

Tablo 4.5'te ön uygulamaya alınan hastaların meme kanseri konfor değerlendirme ölçeğinin Split Half korelasyon katsayı sonuçları gösterilmektedir. Hastaların meme kanseri konfor değerlendirme ölçeğinin Spearman-Brown korelasyon katsayısı 0.839 olarak bulunmuştur.

#### 4.2.4. MKKDÖ'nin Yapı Geçerliliği

Yapı geçerliliği kapsamında Kaiser Meyer-Olkin (KMO) testi, Barlett's test ve DFA yapılmıştır.

##### 4.2.4.1. Kaiser Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett's testi

**Tablo 4.6** MKKDÖ Maddelerine Ait KMO ve Bartlett's Testi Değerleri

<b>MKKDÖ</b>	<b>KMO ve Barlett's Testi Değeri</b>
KMO	0,78
Barlett's	$\chi^2=4454,53$ $p=0.000$

MKKDÖ'nin Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0,78 olarak hesaplanmıştır. Bartlett's test of Sphericity değeri 4454,53 bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

#### 4.2.4.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

Geliştirilen ölçeğin geçerliliğini değerlendirmek için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) kullanılmıştır. DFA'nın tahmin aşamasında veriler likert tipli olduğundan Köşegen Ağırlıklı En Küçük Kareler (DWLS) tekniği tercih edilmiştir. DFA bulgularının tamamı R-Project programı (R Core Team, 2020) ve lavaan (Rosseel, 2012) paketi kullanılarak elde edilmiştir.

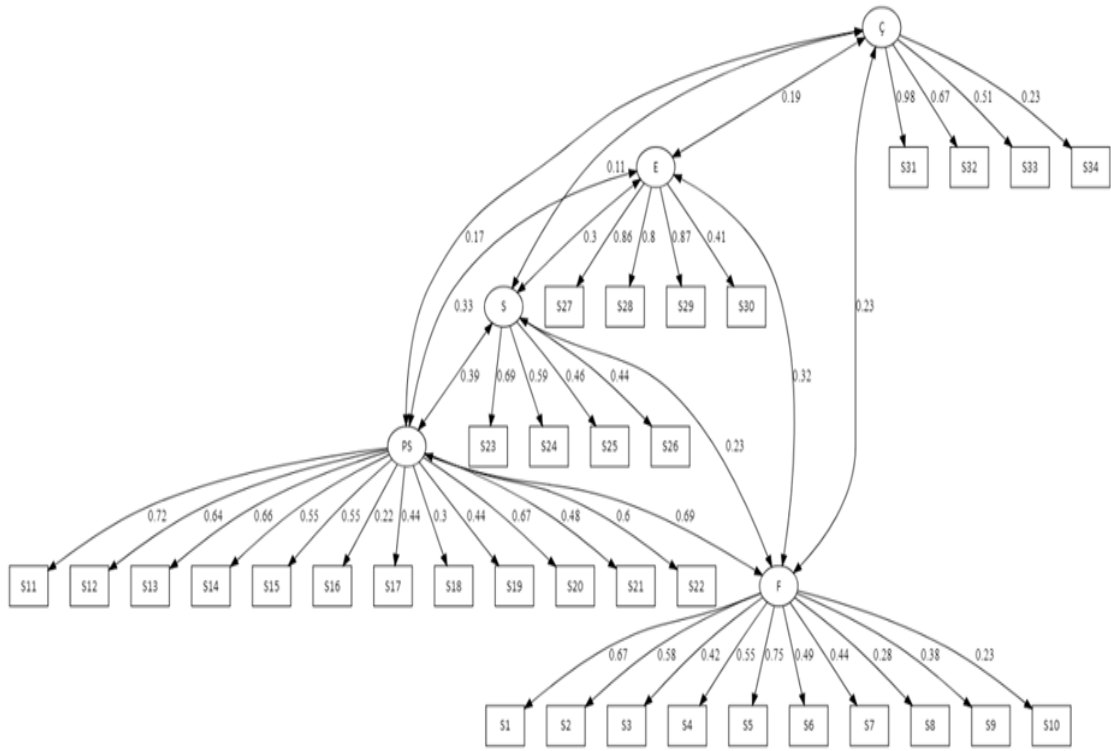
Tablo 4.7'de araştırmaya katılan hastaların meme kanseri konfor değerlendirme ölçeğine ait DFA istatistikleri gösterilmektedir. DFA istatistikleri incelendiğinde, MKKDÖ'nin tüm alt maddelerinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde toplandığı görülmüştür ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.7** MKKDÖ'ne Ait DFA İstatistikleri

Boyut	Madde	Beta	SH	z istatistiği	p
Fiziksel	S1	1			
	S2	0.79	0.05	15.54	<0.001
	S3	0.66	0.05	13.50	<0.001
	S4	0.68	0.04	14.92	<0.001
	S5	1.12	0.06	17.49	<0.001
	S6	0.80	0.05	14.76	<0.001
	S7	0.69	0.05	13.89	<0.001
	S8	0.46	0.04	9.82	<0.001
	S9	0.46	0.03	12.9	<0.001
	S10	0.26	0.03	8.55	<0.001
Psiko-spritüel	S11	1			
	S12	0.90	0.05	17.96	<0.001
	S13	0.84	0.04	17.91	<0.001
	S14	0.68	0.04	16.15	<0.001
	S15	0.74	0.04	16.28	<0.001
	S16	0.25	0.03	7.89	<0.001
	S17	0.65	0.04	15.03	<0.001
	S18	0.45	0.04	11.31	<0.001
	S19	0.45	0.03	14.92	<0.001
	S20	0.91	0.05	18.07	<0.001
	S21	0.72	0.04	15.48	<0.001
	S22	0.67	0.03	17.56	<0.001
Sosyo-kültürel	S23	1			
	S24	0.71	0.07	9.51	<0.001
	S25	0.54	0.06	8.67	<0.001
	S26	0.44	0.05	8.50	<0.001
Ekonomik	S27	1			
	S28	1.01	0.06	15.00	<0.001
	S29	1.04	0.07	15.00	<0.001
	S30	0.52	0.04	11.21	<0.001
Çevresel	S31	1			
	S32	0.75	0.09	8.37	<0.001
	S33	0.52	0.06	8.15	<0.001
	S34	0.23	0.04	5.53	<0.001

Beta: Katsayı, SH: Standart hata





**Şekil 4.1** DFA Grafiksel Yapısı

Şekil 4.1’de araştırmaya katılan hastaların meme kanseri konfor değerlendirme ölçeğine ait DFA sonuçları gösterilmektedir. DFA sonucunda elde edilen grafiksel yapıya göre tüm maddelerin standardize yük değerleri 0.20’nin üzerinde olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.8** MKKDÖ’ne Ait DFA Bulgularının Uyum İndeksleri

Ki-kare istatistiği	sd	GFI	AGFI	TLI	CFI	SRMR	RMSEA
1350.516	517	0.927	0.916	0.876	0.885	0.083	0.069

sd: Serbestlik derecesi

Tablo 4.8’de araştırmaya katılan hastaların meme kanseri konfor değerlendirme ölçeğine ait DFA bulgularının uyum iyiliği indeks değerleri gösterilmektedir. Bulgulara göre,  $\chi^2/SD$  değeri 2.612 olarak belirlenmiştir. GFI 0.927, AGFI 0.916, CFI 0.885, TLI 0.876, RMSEA 0.069 ve SRMR değeri 0.083 olarak bulunmuştur.

#### 4.2.5. Eş Zamanlı Geçerlilik Analizi

Tablo 4.9'da araştırmaya katılan hastaların meme kanseri konfor değerlendirme ve genel konfor ölçeklerinin toplam puanları arasındaki ilişkiyi gösteren Pearson Korelasyon testi sonuçları gösterilmektedir. Bulgulara göre, hastaların meme kanseri konfor değerlendirme ölçeği toplam puanları ile genel konfor ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=0.573$ ,  $p<0.05$ ). Korelasyon katsayısı incelendiğinde, ilişkinin yönü pozitif ve orta düzeyde olduğu görülmüştür.

**Tablo 4.9** MKKDÖ ve GKÖ toplam puanları arasındaki ilişki

		<b>GKÖ</b>
<b>MKKDÖ</b>	r	0.573
	p	<b>&lt;0.001</b>

MKKDÖ: Meme kanseri konfor değerlendirme ölçeği, GKÖ: Genel konfor ölçeği

### 4.3. Meme Kanseri Konfor Değerlendirme Ölçeğinin (MKKDÖ) Güvenirlik Bulguları

#### 4.3.1. Verilerin Normallik Dağılımı

Ölçekten alınan puanların normal dağılıma sahip olup olmadığını belirlemek amacıyla Çarpıklık ve diklik katsayıları ile Kolmogorov- Smirnov testi yapılmış ve histogram grafikleri verilmiştir.

**Tablo 4.10** Ölçeğin Toplam Puanı ve Alt Boyutlarına Ait Toplam Puanların Tanımlayıcı İstatistikleri ve Normallik Testleri

<b>Boyut</b>	<b><math>\bar{X}\pm SS</math></b>	<b>Min-Max</b>	<b>Skewness</b>	<b>Kurtuosis</b>	<b>*Z ve p</b>
Fiziksel	22.10±5.61	10-35	0.11	-0.66	Z=0.06, p<0.05
Psiko-spritüel	26.04±6.95	12-46	0.35	0.02	Z=0.08, p<0.05
Sosyo-kültürel	7.95±2.65	4-16	0.33	-0.55	Z=0.12, p<0.05
Ekonomik	9.20±3.60	4-16	0.22	-1.09	Z=0.10, p<0.05
Çevresel	10.10±2.79	4-16	-0.05	-0.88	Z=0.10, p<0.05
<b>MKKDÖ</b>	<b>75.40±14.16</b>	<b>36-111</b>	<b>0.23</b>	<b>-0.30</b>	<b>Z=0.05, p&lt;0.05</b>

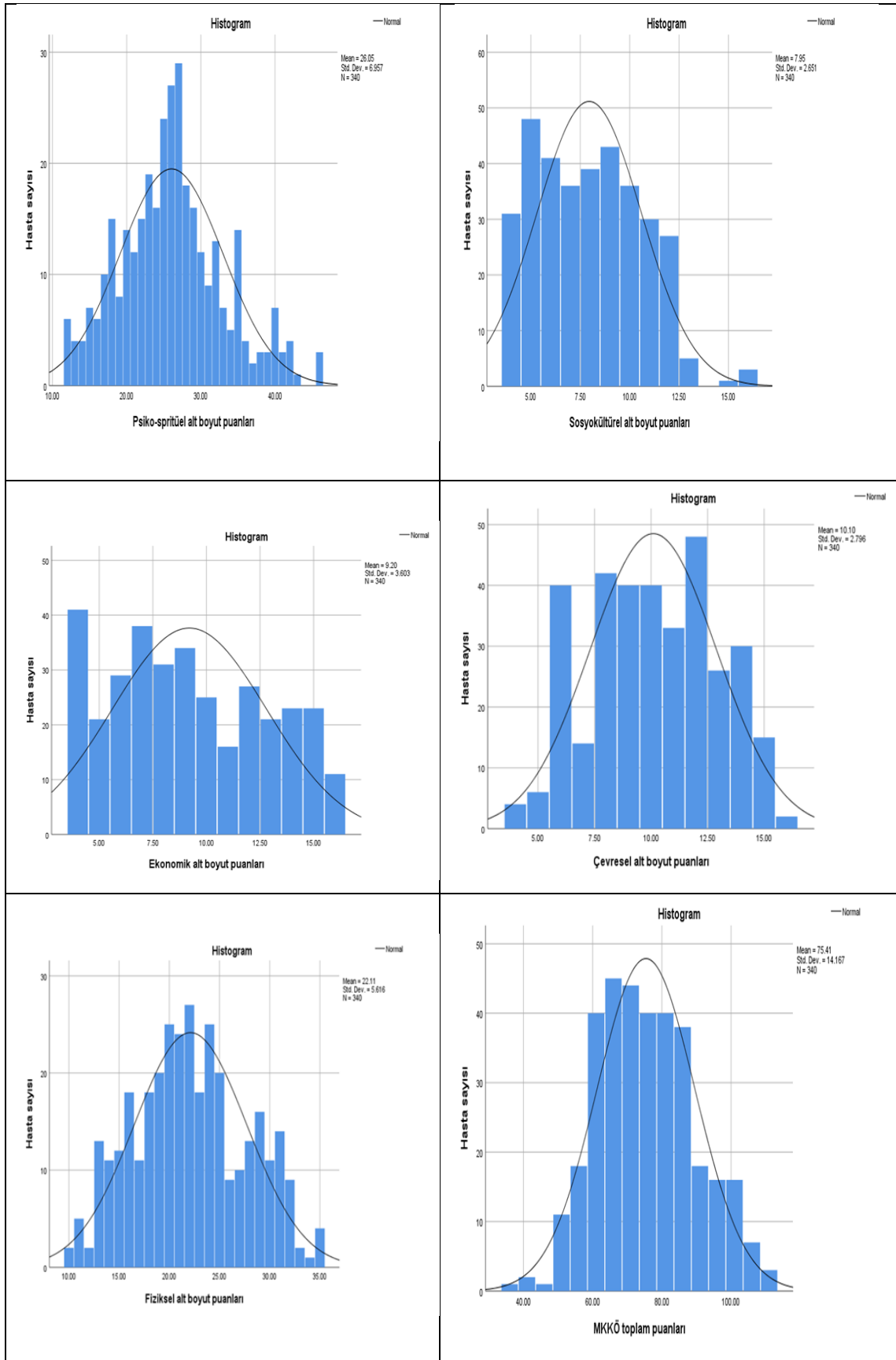
$\bar{X}\pm SS$ : Ortalama±standart sapma, Min-Maks: Minimum-maksimum,

\*Z ve p: Kolmogorov-Smirnov testi Z ve p değeri,

MKKDÖ: Meme kanseri konfor değerlendirme ölçeği.

Tablo 4.10'da araştırmaya katılan hastaların MKKDÖ ölçeğinin toplam puanı ve alt boyutlarına ait toplam puanların tanımlayıcı istatistik değerleri ve Kolmogorov-Smirnov testi sonuçları gösterilmektedir. Bulgulara göre, fiziksel alt boyut puan ortalaması  $22.10 \pm 5.61$ , psiko-spritüel alt boyut puan ortalaması  $26.04 \pm 6.95$ , sosyo-kültürel alt boyut puan ortalaması  $7.95 \pm 2.65$ , ekonomik alt boyut puan ortalaması  $9.20 \pm 3.60$ , çevresel alt boyut puan ortalaması  $10.10 \pm 2.79$ , meme kanseri konfor değerlendirme ölçeği genel puan ortalaması ise  $75.40 \pm 14.16$  olarak bulunmaktadır. Kolmogorov-Smirnov normallik testi sonuçları incelendiğinde, ölçeğın toplam puanı ve alt boyutlarına ait toplam puanların normal dağılıma uygun olduğu görölmüştür ( $p < 0.05$ ).

Şekil 4.2'de araştırmaya katılan hastaların meme kanseri konfor değerlendirme ölçeğinin toplam puanı ve alt boyutlarına ait toplam puanların histogram grafiği gösterilmektedir.



**Şekil 4.2** Ölçeğin Toplam Puanı ve Alt Boyutlarına Ait Toplam Puanların Histogramları

#### 4.3.2. İç Tutarlılık ve Homejenlik Analizi

Ölçek Likert tipi değerlendirme ile yapıldığı için iç tutarlık Cronbach alfa katsayısı hesaplanarak belirlenmiştir. Ayrıca ölçeklerin madde analizi yapılmıştır.

**Tablo 4.11** Meme Kanseri Konfor Değerlendirme Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Boyut	Madde	$\bar{X}$	SS	DR	MSA	Alfa
Fiziksel	S1	2.35	1.01	0.44	0.74	0.763
	S2	2.17	0.94	0.50	0.73	
	S3	2.30	1.07	0.41	0.74	
	S4	1.71	0.85	0.47	0.73	
	S5	2.17	1.02	0.57	0.72	
	S6	2.50	1.12	0.44	0.74	
	S7	2.68	1.07	0.48	0.73	
	S8	2.52	1.11	0.37	0.75	
	S9	2.02	0.83	0.37	0.75	
	S10	1.63	0.82	0.18	0.77	
Psiko-spritüel	S11	2.13	1.04	0.60	0.79	0.820
	S12	2.41	1.07	0.58	0.79	
	S13	2.16	0.96	0.64	0.79	
	S14	1.94	0.94	0.59	0.79	
	S15	1.80	1.03	0.56	0.79	
	S16	1.54	0.87	0.18	0.82	
	S17	2.84	1.10	0.41	0.81	
	S18	3.08	1.13	0.29	0.82	
	S19	1.93	0.77	0.43	0.81	
	S20	2.01	1.01	0.53	0.80	
	S21	2.30	1.14	0.39	0.81	
	S22	1.86	0.85	0.45	0.80	
Sosyo-kültürel	S23	2.50	1.13	0.39	0.61	0.645
	S24	1.89	0.94	0.57	0.46	
	S25	1.98	0.91	0.47	0.54	
	S26	1.57	0.78	0.27	0.66	
Ekonomik	S27	2.10	1.06	0.73	0.71	0.810
	S28	2.13	1.16	0.75	0.69	
	S29	2.09	1.09	0.70	0.72	
	S30	2.87	1.18	0.36	0.88	
Çevresel	S31	2.33	0.93	0.60	0.58	0.711
	S32	2.81	1.03	0.60	0.57	
	S33	2.44	0.94	0.46	0.67	
	S34	2.50	0.90	0.33	0.73	

$\bar{x}$  : Ortalama, SS: Standart sapma, DR: Düzeltilmiş Korelasyon, MSA: Madde silindiğinde Alfa (Hotelling's T-Squared 223,2 p=0,000)

Tablo 4.11’de araştırmaya katılan hastaların meme kanseri konfor değerlendirme ölçeğinin alt ölçekleri üzerinden elde edilen tanımlayıcı istatistikler ve Cronbach Alfa güvenilirlik analizi sonuçları gösterilmektedir. Ölçeğin madde ortalama ve standart sapma dağılımları incelendiğinde  $1.57\pm 0.78$  ile  $3.08\pm 1.13$  arasında olduğu görülmüştür. Madde ortalaması incelendiğinde standart sapması sıfır olan madde bulunmamıştır. Meme kanseri konfor değerlendirme ölçeğinin alt ölçeklerinde madde çıkarıldığında güvenilirlik katsayısında anlamlı bir artış olmadığı görülmektedir. Ayrıca alt ölçeklerin maddeleri için düzeltilmiş korelasyon değerlerinin tamamı pozitif olarak bulunmuştur. Bu bulgular doğrultusunda, meme kanseri konfor değerlendirme ölçeğinin genel ve alt ölçekleri için Cronbach Alfa katsayıları sırasıyla 0.855, 0.763, 0.820, 0.645, 0.810 ve 0.711’dir (Tablo 4.11).

**Tablo 4.12 Ölçeğin İç Tutarlılığı**

Ölçekler		
MMKDÖ	Madde sayısı	34
	Alınabilecek Alt ve Üst Puanlar	34-136
	Ortalama ve Standart Sapma	$75.40\pm 14.16$
	Bu çalışmadaki alt ve üst puanlar	36-111
	Cronbach Alfa Değeri	0,855
	Hotelling’s T-Squared	F=43.41 p=0,000

Ölçeğin iç tutarlılığına ilişkin bilgiler tablo 10’da görülmektedir. MKKDÖ’nin ortalaması  $75.40\pm 14.16$  (Hotelling’s T-Squared F=43,41, p=0.000), Cronbach Alfa katsayısının 0,855 olduğu bulunmuştur.

#### 4.3.3. İki Yarı Güvenilirliği (Split Half) Analizi

MMKDÖ ve GKÖ’nin toplam ve alt boyutlarının iç tutarlılığı split-half güvenilirliği yöntemi ile değerlendirilmiştir.

**Tablo 4.13** Meme Kanseri Konfor Değerlendirme Ölçeğinin Split Half Korelasyon Katsayıları

	<b>n</b>	<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>	<b>Alfa</b>
Birinci bölüm	17	36.97±8.71	0.825
İkinci bölüm	17	38.46±7.53	0.739
Spearman-Brown korelasyon katsayısı		0.784	
GuttmanSplit-Half		0.784	

$\bar{X} \pm SS$ : Ortalama±standart sapma

Tablo 4.13'te araştırmaya katılan hastaların meme kanseri konfor değerlendirme ölçeğinin Split Half korelasyon katsayısı gösterilmektedir. Spearman-Brown korelasyon katsayısı; geliştirilen ölçek için 0.784 olarak bulunmuştur.

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada; MKKDÖ'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılması ve literatüre doğru, tutarlı, geçerli veri elde etmeyi sağlayan bir ölçek kazandırılması amaçlandı. Yapılan literatür taramalarında ölçeğin herhangi bir Türkçe ve başka bir dilde uyarlama çalışmasına rastlanmamıştır. Bu bölüm MKKDÖ'nin geçerlilik ve güvenilirliği olmak üzere iki başlık altında ele alınmıştır. Tartışma bölümü ayrıca kılavuzun (ITC 2018), dördüncü bölümü yönetim, beşinci bölümü olan puan ölçekleri ve yorumlama ile altıncı bölümü içeren dokümantasyon yönergelerinin önerilerini içermektedir. Yönerge önerilerine göre ölçek analizlerinin sonuçları literatür bilgileri kapsamında ele alınarak yorumlanmış, öneriler sunulmuş ve Türk toplumuna uyarlaması belgelendirilmiştir.

### 5.1. Ölçeğin Geçerliliği

#### 5.1.1. Ölçeğin Dil ve Kapsam Geçerliliği

Ölçeğin dil geçerliliğini sağlamak amacıyla ITC Kılavuzu (2018) bölümlerine göre (ITC 2018) uzman olan kişilerden oluşan ileri çeviri, uzman paneli ve geri çeviri uygulamaları ile ölçeğin son hali oluşturulmuştur. Dil geçerliliği sürecinde; paneldeki uzmanların görüşleri kapsamında ölçeğin 02,03,11,13,15,16,19,25. maddelerinde değişiklik yapılmıştır. Ölçeğin orijinalinde 14. Maddede yer alan "I feel anxious about death" (Ölüm konusunda endişeliyim) sorusu çalışmanın yürütüleceği Tıbbi Onkoloji Anabilim dalı tarafından ölümden bahsetmesi ve hastalar için uygun olmayacağı nedeniyle onaylanmamıştır. Uzman panelinde 14. Maddenin "I feel anxious about future" olarak değiştirilmesi uygun görülmüştür. Bu değişiklik ve gerekçesi ölçek yazarına bilgi verilerek, yazılı onayı alınmıştır. Bu madde "geleceğim konusunda endişeliyim" şeklinde değiştirilmiştir. Ölçeğin oluşturulan son hali Türkçeden İngilizceye birbirinden bağımsız bir uzman çevirmen tarafından geri çevirisi yapılarak yeniden yazara gönderilmiş ve uygun olduğu konusunda onamı alınmıştır.



Ölçek uyarlama çalışmalarında dil geçerliliği kapsam geçerliliği ile desteklenmelidir (ITC 2018). Kapsam geçerliliğini değerlendirmek için uzman görüşlerinden yararlanılmıştır. Konu kapsamında farklı uzmanlık alanlarına sahip akademik personelden (en az doktora derecesine sahip) e-posta yoluyla görüş alınmıştır. Uzmanlık görüşleri, Halk Sağlığı, Halk Sağlığı Hemşireliği, İç Hastalıkları Hemşireliği, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ile Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dallarında uzman toplam sekiz akademik personelden alınmıştır. Kapsam geçerliliği Davis tekniği ile hesaplanmıştır ve sonucun 0,80'nin üzerinde olması beklenmektedir. Bu tekniğe göre uzmanlardan her bir maddeyi 1 ile 4 arasında değişen bir sıralamaya göre değerlendirmeleri istenmiştir (Davis 1992, Erdoğan 2017). Ölçeğin kapsam geçerlilik indeksinin 0,875-1,00 arasında bulunması, uzmanlar arasında görüş birliği olduğunu ve ölçeğin kapsam geçerliliğinin sağladığını göstermektedir.

Ölçek uyarlamasında hedef popülasyonun bir pilot örneğinde uyarlanmış testten alınan puanların psikometrik kalitesinin (madde analizi, güvenilirlik ve geçerlilik) kontrol edilmesi ve sonuçlara dayalı olarak ölçeğin son hali için gerekli revizyonların yapılması önerilmektedir (ITC 2018, Seçer 2018). Ön uygulama analizinde elde edilen değerlerin mükemmel ya da kabul edilebilir olması maddelerin geçerlilik güvenilirliği hakkında bilgi verir. Eğer sonuçlar uygun değil ise sorunlu maddeler iyileştirilerek uyarlamaya geçilmelidir (Hernandez 2020). MKKDÖ'nin dil geçerliliği kapsamında yapılan ön uygulamasında ölçeğin hastalar tarafından algılanması ve cevaplanmasında bir sorun yaşanmamış ve herhangi bir madde de değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulama analizinde elde edilen madde korelasyon katsayısı ve cronbach alfa değerleri iyi uyum olarak kabul edilmiş ve ölçeğin uyarlama çalışması için uygulanabilir olduğunu göstermiştir.

### **5.1.2. MKKDÖ'nin Yapı Geçerliliği**

DFA yapmadan önce tüm model ve modeldeki ve her bir değişkenin örneklem yeterliliği ve analize uygunluğunu değerlendirmek amacıyla KMO testi uygulanmıştır. Literatüre göre KMO değeri; 0,90-1,00 arası mükemmel, 0,80-0,89 arası çok iyi, 0,70-0,79 arası iyi, 0,60-0,69 arası orta 0,50-0,59 arası zayıf olarak değerlendirilir (Sarmiento ve Costa 2017, Seçer 2018, Nia vd 2022). Çalışmada verilerin normal dağılımdan gelip gelmediğini ve korelasyon matrisinin birim matris olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Barlett's testi uygulanmıştır (Caycho -Radriguez vd 2021). Çalışmamızın KMO (0.78) ve Barlett's değeri 4454,53 ( $p < 0.001$ ) sonuçları örneklem büyüklüğünün faktör analizi için iyi düzeyde olduğunu göstermektedir.

### 5.1.3. MKKDÖ'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi

Bir ölçeğin ölçülmek istenen kavramı ya da olayı ne derece ölçtüğünü belirlemek ve ölçekte yer alan maddelerin birbiriyle olan ilişkisini ölçmek için yapı geçerliliği yapılır. Yapı geçerliliğini değerlendirmek için genellikle faktör analizi kullanılır ve ölçme aracının yapı geçerliliğinin yüksek olması beklenir (Leech vd 2006, Gana ve Broc 2019). Ölçek uyarlama sürecinde faktör analizi yöntemlerinden AFA yerine modelin doğrulanması amacı ile en çok kullanılan DFA'nin yapılması önerilir (Esin 2017, Seçer 2018). Çalışmamızın uyarlama sürecinde DFA yapılmıştır. MKKDÖ'nin uyum indeksleri sonuçlarının genel olarak iyi uyumlu bulunduğu görülmektedir ( $\chi^2/SD$  2.42, RMSEA 0,069, SRMR 0,083, GFI 0,927, AGFI 0,916, CFI 0,885, TLI 0,846). Nuraini ve arkadaşları (2018) ilk ölçek geliştirme çalışmasında uyum indeksi değerleri belirtilmemekle birlikte DFA yapıldığı ve ölçeğin geçerliliğinin doğrulandığı vurgulanmaktadır (Nuraini vd 2018). Ölçeğin 2019'da yapılan yapı geçerliliğinde uyum indekslerinden bazıları verilmiş olup, aşağıda bu indekslere yer verilmiştir.

Başlangıç uyum indeksi olarak adlandırılan  $\chi^2/SD$  değeri gözlemlenen ve beklenen kovaryans matrisleri arasındaki farkı göstermektedir (Grove ve Copher 2016). Sıfıra yakın değerler daha iyi bir uyumu (beklenen ve gözlemlenen kovaryans matrisleri arasında daha küçük bir farkı) gösterirken yüksek bir değer modelin verilere uymadığını gösterir (Suhr 2006, Sarmiento ve Costa 2017). Kötü uyum indeksi olarak da ifade edilen  $\chi^2/SD$  değerinin üç ve altında olması mükemmel uyum göstergesi olarak kabul edilir (Çokluk 2014, Seçer 2018). Çalışmamızda MKKDÖ için hesaplanan bu değer (2.42) mükemmel uyum kapsamında yer aldığı belirlenirken, Nuraini ve arkadaşlarının (2019) ölçek yapı geçerliliğindeki  $\chi^2/SD$  değeri daha yüksek bulunmuştur ( $\chi^2 = 283,65$ ,  $SD=10$ ) (Nuraini vd 2019).

Sıkı uyum indeksleri, teorik modelin yeterliliği dikkate alınmanın özgünlüğünü göstermektedir. Belirli bir uyum iyiliğini elde etmek için gereken tahmin edilecek az sayıda parametre olmalıdır. Bu kategoride en çok tavsiye edilen indeks, %90 güven aralığı ile (Root Mean Square Error of Approximation) Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü şeklinde ifade edilen RMSEA'dır (Gana ve Broc 2019). RMSEA; ki-kare değerinin büyük örnekleme olan ölçekleri reddetme eğilimini düzeltmeye çalışan bir ölçüdür. Optimal olarak seçilmiş parametre tahminleri ile önerilen model ve popülasyon kovaryans matrisi arasındaki uyumsuzluğu analiz ederek örneklem büyüklüğü sorunlarını önler. RMSEA; 0,05'e eşit veya daha düşükse çok iyi, 0,05 ile 0,08 arasında iyi, 0,08 ile 0,10 arasında orta, 0,10'dan büyükse kabul edilemez olarak değerlendirilir (Sarmiento ve

Costa 2017). MKKDÖ'nin RMSEA değerinin (0,069) iyi uyum gösterdiği bulunmuştur. Nuraini ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ölçeğin RMSEA=0,000 değerinde olduğu ve iyi uyum gösterdiği ifade edilmiştir (Nuraini vd 2019).

Mutlak uyum indekslerinden olan Root Mean Square Residual (RMR) veya Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) gözlenen varyans-kovaryans matrisinin ve tahmin edilen model varyans-kovaryans matrisinin korelasyon matrisine dönüştürülmesi demektir. Kısacası gözlenen ve tahmin edilen korelasyon hatalarının bir ölçüsüdür. Model öğeleri arasındaki sapmalar ne kadar az olursa RMR veya SRMR değeri o kadar az olur. SRMR değeri 0.00 ile 1.00 arasında olmalıdır. Bu değer 0,00'a yakın olduğunda uyum daha iyidir (Sarmiento ve Costa 2017, Gana ve Broc 2019). MKKDÖ'nin SRMR değeri (0,0083) iyi uyumludur. Diğer mutlak uyum indeksleri GFI (Goodness of fit Index) ve AGFI (Adjusted Goodness of fit Index)'dir. GFI değeri varyans-kovaryans matrisi ile oluşturulmuş varyans-kovaryans matrisi farkının karesel toplamının değerlendirilmesidir. GFI, uyum indeksine ek olarak AGFI serbestlik derecesini de değerlendirir. GFI ve AGFI örneklem büyüklüğünden etkilenir; örneklem büyüklüğü arttıkça artar (Grove ve CIPHER 2016, Sarmiento ve Costa 2017). Bu değerlerin 0,90 ve üzerinde olması mükemmel uyumu gösterir (Esin 2017, Seçer 2017, Gana ve Broc 2019). Çalışmamızda ölçeğin bu iki değeri mükemmel uyumlu olarak bulunmuştur (GFI= 0,927, AGFI=0,916).

Artımlı uyum indeksleri veya karşılaştırmalı uyum indeksleri; belirtilen modelde iç içe olduğu düşünülen başka modele karşı belirtilen modelin uyum iyiliğini değerlendirir. TLI (Turker-Lewis Index) ve CFI (Comperative Fit Index) indeksleri kullanılır (Portela 2012). Artımlı uyum indeksleri; ki-kare örneklem büyüklüğünün uygunluğunu değerlendirirken veriler ve önerilen model arasındaki uyumsuzluğu inceleyerek model uyumunu analiz eder (Gana ve Broc 2019). Literatürde bu değerler için belirtilen kabul edilebilir değerler incelendiğinde; Gana ve Broc (2019) bu değerlerin 0 ve 1 arasındaki olmasının mükemmel uyum gösterdiğini vurgulamaktadır (Gana ve Broc 2019). Sarmiento ve Costa, CFI ve TLI değerlerinin 0,95'e eşit veya daha büyükse çok iyi, 0,9 ile 0,95 arasında iyi, 0,8 ile 0,9 arasında orta ve 0,8'den küçükse kötü olduğunu belirtmektedir (Sarmiento ve Costa 2017). Brown ise bu indekslerin 0,80'e eşit ya da üstünde olmasının kabul edilebilir uyumu gösterdiğini belirtmektedir (Brown 2015). Buna göre çalışmamızda CFI (0,88) ve TLI (0,87) değerlerinin orta düzeyde uyum indeksi gösterdiği kabul edilmiştir. Nuraini ve arkadaşlarının çalışmasında CFI değeri 1,000 bulunmuş ve iyi uyum indeks değerine sahip olduğu belirtilmiştir (Nuraini vd 2019).

Faktör analizi örneklem grubunun verdiği yanıtlara göre değişkenlerin korelasyonu hesaplayarak, birbiriyle ilişkili olan ve aynı boyutu ölçen değişkenlerin gruplandırılmasıyla faktör yükü elde etme hesaplamasıdır. Faktör yük katsayısı, maddelerin faktörlerle ilişkisini açıklayan bir değerdir. (Harrington 2009, Portela 2012, Gana ve Broc 2019). DFA sonucundan elde edilen grafiksel yapı ile ölçeğin her bir maddesinin faktör yükleri, dört madde (8,10,16 ve 34. maddeler) 0.20 nin üzerinde diğer maddelerde ise 0.30'un üzerindedir. Literatürde faktör yükü değerinin 0.30'un üzerinde olması gerektiği belirtilirken (Çokluk vd 2014, Seçer 2018), bunun 0.20 değerinin üzerinde olmasının da kabul edilebileceği (Grove vd 2013) bir başka öneride ise örneklem sayısının artmasının daha küçük faktör yüklerini oluşturabileceği (Gana ve Broc 2019) belirtmektedir. MKKDÖ'nin Türkçe versiyonunun faktör yapısının orijinal ölçekte belirtilen yapıya uygun olduğu görülmektedir.

#### 5.1.4. Ölçeklerin Eş Zaman Geçerliliği

Ölçüt geçerliliği değerlendirmesinde eş zaman ve yordama geçerliliğine bakılır. Yordamada ölçek ile ölçülmek istenen kavramın yansımaları değerlendirilir (Esin 2017, Seçer 2018). Eş zaman geçerliliği; Türkçeye uyarlaması yapılan bir ölçeğin, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış başka bir ölçek ile korelasyonunu değerlendirmek amacıyla yapılır (Esin 2017). Çalışmamızda MKKDÖ'nin eş zaman geçerliliğini yapmak için Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) Kısa Formu kullanılmıştır. Literatür taramalarına göre GKÖ temel alınarak geliştirilmiş veya uyarlaması yapılan birçok konfor değerlendirme ölçeği bulunmaktadır. Doğum Sonu Konfor Ölçeği (Karakaplan 2007), Preanestezi Konfor Ölçeği (Üstündağ ve Eti Aslan 2010), Erken Postoperatif Konfor Ölçeği (Üstündağ ve Eti Aslan 2007), Yaşam Sonu Konfor Ölçeği (Aslan vd 2018), Hemodiyaliz Konfor Ölçeği (Orak vd 2017), Yeni Doğan Konfor Ölçeği (Kahraman vd 2014), Prematüre Bebek Konfor Ölçeği (Alemdar ve Tüfekçi 2015), Doğum Öncesi Konfor Ölçeği (Şenol vd 2014), Oral Mukozitte Konfor Algısı Ölçeği (Erden 2019), kanser hastalarına yönelik Meme Kanseri Hastalarında Radyoterapi Konfor Ölçeği (Karabacak 2004) literatür taramalarında rastlanan ölçeklerdir. Ayrıca GKÖ, literatür incelendiğinde palyatif bakım hastalarında, kanser hastalarına yönelik çalışmalarda kullanılmıştır (Menekli vd 2021, Can ve Hintistan 2021, Güneri ve Karakoç Kumsar 2021). Tüm bu nedenlerle eş zaman geçerliliği için GKÖ uygun görülmüştür. MKKDÖ ve GKÖ toplam puanları arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur ( $r=0.573$ ,  $p<0.05$ ). Bu sonuç MKKDÖ'nin geçerli bir ölçek olduğunu desteklemektedir. Nuriani ve arkadaşları (2019) ölçüt geçerliliğini değerlendirmede yordama geçerliliği kapsamında tükrük kortizol

incelemesi yapmış ve hastanın rahatsızlığı ile tükürük kortizol düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptamıştır ( $r=0.416$ ;  $p=.016$ ). Sonuç olarak MKKDÖ'nin meme kanseri hastalarında konforsuzluğu tahmin etme yeteneğini gösterdiği, ölçeğin hemşirelerin, bakım uygulamalarında hasta konforunu sağlamak açısından hasta ihtiyaçlarını anlamalarına yardımcı olabileceği vurgulanmıştır (Nuraini vd 2019).

## 5.2. Ölçeğin Güvenilirliği

Bir ölçme aracının geçerli sayılabilmesi için öncelikle güvenilir olması gerekir. Güvenilirlik, her ölçekte olması gereken temel bir özelliktir (Streiner vd 2015). Güvenilirlik ölçekte bulunan maddelerin birbiriyle ilişkisinin tutarlı ve yeterli olduğunu ifade etmektedir (Esin 2017). Bu bölümde ölçeğin güvenilirliği; normallik dağılımı, iç tutarlılık, madde analizi ve iki yarı güvenilirliği olarak incelenmiştir.

### 5.2.1. MKKDÖ'nin Normallik Dağılımı

Ölçeğin normal dağılımda olup olmadığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında önemlidir. Normal dağılım değerlendirilmelerinde ortalama ve standart sapma olarak iki parametreden yararlanılır. MKKDÖ'nin normallik dağılımları Kolmogorov-Smirnov testi ve histogram grafikleri ile değerlendirilmiştir. Testte normal dağılımın sağlanmasında p değerinin 0,05'ten büyük olması beklenmektedir. Veri grafikleri çarpıklık ve basıklık değerleri hesaplanarak oluşturulmuştur. Verilerin çarpıklık ve basıklık katsayılarının sifıra yakınlığı, dağılım grafiğinin simetrik olduğunu da gösterir (Can 2018). Çalışmamızda test sonucu ve histogram dağılımları MKKDÖ'nin normal dağılıma sahip olmadığını göstermektedir ( $p<0,05$ ).

### 5.2.2. Ölçeklerin İç Tutarlılığı

Ölçeğin güvenilirliğini belirlemek için kullanılan ve ölçek maddelerinin birbirleriyle ne kadar tutarlı olduğu hakkında bilgi veren analiz yöntemi Cronbach alfa katsayısıdır (Grove vd 2013, Costa ve Sarmiento 2017). Cronbach alfa ölçekler için  $0.00 \leq \alpha \leq 0.40$  arasında ölçek güvenilir değildir,  $0.40 \leq \alpha \leq 0.60$  ölçek düşük güvenilirlikte,  $0.60 \leq \alpha \leq 0.80$  ölçek güvenilirdir,  $0.80 \leq \alpha \leq 1.00$  ölçek yüksek derecede güvenilir şeklinde ifade edilmektedir (Streiner vd 2015). Daha yüksek alfa katsayıları ölçek maddeleri, ölçeğin birbiriyle tutarlı ve aynı özelliklere sahip maddelerden oluştuğunu gösterir. Çalışmamızın ölçeğin Cronbach alfa katsayısı toplam ölçek 0,855 iken alt boyutlar için 0.645 ile 0.820 arasında dağılım göstermiştir. Ölçeğin toplam Cronbach alfa değeri yüksek düzeyde güvenilir, alt boyutların değerleri olarak güvenilir olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızın sonuçları Orijinal ölçeğin Cronbach alfa değeri ( $\alpha = 0,912$ ) ile uyumludur (Nuraini, 2018).

Çalışmamızda MKKDÖ maddelerinin birbiri ile uyumlu ve homojen olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmaya katılan meme kanseri hastalarının MKKDÖ toplam puan ortalaması ( $75.40 \pm 14.16$ ) orta düzeyde bir konfora sahip olduklarını göstermiştir. Alt boyutlara göre değerlendirildiğinde tüm boyutlarda orta düzeyde konfor puanı belirlenmiştir. Meme kanseri hastalarında konfor subjektif ve ölçülmesi zor bir kavramdır. Hemşireler yalnızca hasta gözlem sonuçlarına güvenemez ve geçerli bir ölçüm aracına gereksinim duyarlar (Nuraini vd 2019).

Madde ortalama ve standart sapma dağılımları değerlendirildiğinde  $1.57 \pm 0.78$  ile  $3.08 \pm 1.13$  arasında; ortalaması  $75.40 \pm 14.167$  olduğu görülmüştür. MKKDÖ'nin alt ölçeklerinde madde çıkarıldığında güvenilirlik katsayısında anlamlı bir artış olmamıştır. Ayrıca alt ölçeklerin maddeleri için düzeltilmiş korelasyon değerlerinin tamamı pozitif olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızda MKKDÖ'nin puan ortalaması, çalışmaya katılan meme kanseri hastalarının konforlarının orta düzeyde olduğunu göstermiştir. Beş alt boyutta da puan ortalamaları genel olarak orta düzeydedir ve meme kanseri hastalarının konforlarının tüm boyutlarda ele alınması gerektiği düşünülebilir.

### 5.2.3. MKKDÖ'nin Madde Analizi

Madde analizi, örneklem grubunun ölçek formundaki maddelere verdikleri yanıtları değerlendirerek maddelerle ilgili yorum yapmayı sağlayan bir aşamadır. Kısacası sonuçlara dayanarak ölçeğin ölçülmek istenen özelliği ölçüp ölçmediğinin belirlenmesi, beklenen sonuca ulaşamadığında bunun nedenlerinin incelenmesi ve amacına uygun yapıya getirilmesi sürecine denir (Erdoğan vd 2017). Bu ölçeğin güvenilirlik çalışması için 34 maddenin madde-toplam korelasyonları incelenmiştir. Madde-toplam güvenirliliği, ölçek maddelerinin tutarlı olup olmadığını veya düzeltilmesi gerekip gerekmediğini belirler ve "r" değeri bulunur. Madde toplam korelasyonu, birkaç maddeden oluşan bir ölçeğin homojenliğini kontrol etmek için yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Herhangi bir maddenin korelasyon değerinin düşük olması, söz konusu maddenin diğer ölçek maddelerinden farklı bir özelliği ölçtüğünü gösterir (Grove vd 2013, Streiner vd 2015). Literatür taramaları, 0.20'nin üzerindeki madde-toplam korelasyon değerlerinin iyi bir korelasyon düzeyi gösterdiğini ileri sürmektedir. Madde-toplam puan korelasyon katsayısı 0,20' yi alt seviye olarak alır; madde puanlarının 0,30-0,40 arası iyi, 0,40 üzeri çok iyi düzeyde güvenilir olduğunu belirtilmektedir (Streiner vd 2015). 0.20'nin altında korelasyon katsayısına sahip herhangi bir madde ölçekte çıkarılmalıdır fakat o maddenin kaldırılmasından sonra alfa katsayısı artıyorsa, azalıyorsa veya değişmiyorsa o maddenin dikkate alınmaması tavsiye edilir (Grove vd 2013). Literatür verilerine

dayanarak, çalışmamızda tüm maddelerin madde-toplam korelasyon katsayılarının iyi düzeyde olduğunu söylenebilir.

#### **5.2.4. Ölçeklerin İki Yarı Güvenilirliği**

Bu çalışmada ölçeğin güvenilirliğini değerlendirmede test-tekrar test güvenilirliği yerine iki yarı güvenilirliğine bakılmıştır. Ölçülen yapının, bağımsız olarak zamanla değişebileceği ve dolayısıyla bir güvenilirlik katsayısının hesaplanmasını etkileyebileceği, katılımcıların testin ikinci uygulamasında hafızalarının, kendilerinin değişimi ya da daha iyi odaklanamayışları gibi faktörler test tekrar test seçiminde dikkat edilmesi gereken durumlardır (Bannigan, Watson 2009). Meme kanseri hastaları için bu durumlarla karşılaşma olasılığı bulunduğundan test-tekrar test güvenilirliği tercih edilmemiştir.

İki yarı güvenilirliği, güvenilirliğini tahmin etmede, uygulanmış olan test iki eşdeğer yarıya bölünerek katılımcıların testin iki yarısından aldıkları puanlar arasındaki korelasyon hesaplar ve Spearman-Brown katsayısı ile bütünü güvenilirliğini kestirir (Esin, 2017). Spearman-Brown korelasyon katsayısı; MKKDÖ için 0.784 olarak bulunmuştur. Güvenilirlik için elde edilen değer 0,75 üzerinde olmalıdır (Grove ve CIPHER 2017). Çalışmanın bulguları, ölçeğin birbiri ile ilişkili sorulardan oluştuğunu, tutarlı ve değişmezliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

MMKDÖ'nin Türkçeye uyarlanması ve literatüre kazandırılması amacıyla yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının sonuçları aşağıda sunulmuştur:

- ✓ Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri hastalarının yaş ortalaması 53+17,84'tür. Hastaların %65,3'ü evli ve çekirdek aileye sahiptir. %39,4'nün bir işte çalıştığı, %44,4'ünün ilçede yaşadığı ve %60,3'ünün gelirinin giderden az olduğu saptanmıştır.
- ✓ Hastaların hastalık öykülerine göre %43,5'inin 2019 yılında tanı aldığı, %71,8'inin tedavisi hakkında bilgisi olduğu, %33,2'sinin hastalığının ikinci evresinde olduğu ve %55,3'ünün sadece kemoterapi tedavisi aldığı sonucuna ulaşılmıştır.
- ✓ MKKDÖ'nin Türkçeye çevirisi ve ölçek maddelerinin kavramsal olarak anlaşılabilirliği ek olarak Türk kültürüne uygunluğu uzman panelinde değerlendirilmiştir. Uzman paneli sonucunda ölçek uyarlaması uygun görülmüştür.
- ✓ Ölçek Türkçeye uyarlandıktan sonra uzman görüşleri ile kapsam geçerlilik indeksi hesaplanmıştır. Ölçek maddelerinin anlaşılabilirlik düzeyi 0,875 ile 1 arasında bulunmuştur. Davis tekniğine göre kapsam geçerlilik indeksinin 0,80'nin üzerinde olması ölçeğin anlaşılabilirliğini göstermesi nedeniyle MKKDÖ'nin anlaşılabilir düzeyde olduğu görülmektedir.
- ✓ Ölçeğin yapı geçerliliğinde KMO değeri 0,78; Barlett's testi 4454,53 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlara göre faktör analizi için örneklem büyüklüğünün iyi düzeyde olduğu bulunmuştur.
- ✓ Örneklem büyüklüğü yeterli bulunan MKKDÖ'nin doğrulayıcı faktör analizi indeksleri genellikle iyi uyum göstermiştir.
- ✓ MKKDÖ ve GKÖ toplam puanlarını gösteren Pearson Korelasyon testi sonuçlarına göre aralarında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Korelasyon



katsayısına bakıldığında ilişkinin yönü pozitif ve orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

- ✓ MKKDÖ'nin toplam puanı ve alt boyutlarına ait toplam puanlar normallik dağılımına uygunluk göstermektedir.
- ✓ Örneklem grubunun iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa değeri 0,855 olarak hesaplanmıştır. Cronbach alfa değerinin ölçek uyarlama çalışmalarında 0,70'in üzerinde olması iç tutarlık düzeyinin iyi bir düzeyde olduğunu göstermektedir.
- ✓ Spearman-Brown katsayısı MKKDÖ için 0,784 olarak hesaplanmıştır ve bu değer bize ölçeğin güvenilir olduğunu doğrulamaktadır.
- ✓ Çalışmaya başladığında Nuraini tarafından geçerlilik güvenilirlik yapılmak üzere gönderilen MKKDÖ'nin 34 maddeden oluşan beş alt boyutlu yapısı, Türk toplumu için bir model olarak doğrulanmıştır. Nuraini ve arkadaşları tarafından 2019 yılı sonunda yapı geçerliliği ve ölçüt geçerliliği yapılan ölçeğin beş alt boyutu birleştirilerek tek faktörlü ve 33 madde şeklinde revize edilmiştir.
- ✓ MKKDÖ, meme kanseri hastalarının konforunu ölçmek amacıyla uyarlanan geçerli ve güvenilir bir araçtır.

## 6.2. Öneriler

- ✓ Türk kültürü için geçerli ve güvenilir bir araç olan MKKDÖ hastalığının evresi fark etmeksizin meme kanseri hastalarının konforunu değerlendirmek için hem klinikte hem de sahada kullanılabilir. Özellikle meme kanseri palyatif bakım gerektiren bir hastalık olarak ele alındığında meme kanseri hastalarında kullanımı önerilmektedir.
- ✓ Ölçeğin 34 maddeli ve beş alt boyutlu yapısı geçerli ve güvenilir bulunmakla birlikte ölçeğin yazarları tarafından yapılan yapı geçerliliğinde ortaya çıkarılan tek faktörlü, 33 maddeli formunun da Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılması önerilmektedir.
- ✓ Meme kanseri hastalarının konfor düzeyi; fiziksel, psiko-spritüel, sosyo-kültürel, ekonomik ve çevresel boyutlarda değerlendirilmesi sebebiyle hastalara bütüncül bir bakım verilebilmektedir. Bu nedenle palyatif bakım alan meme kanseri hastalarının konfor düzeylerini arttırmak için yapılacak hemşirelik girişiminde hastaların konfor düzeylerinin belirlenmesinde ölçek kullanılabilir.
- ✓ Literatürde meme kanseri hastalarının konforunu arttırmaya yönelik çalışmalara rastlanmamıştır. Meme kanseri hastalarının konforu Genel konfor ölçeği yerine MKKDÖ ile değerlendirilmeli ve meme kanseri hastalarının konforunun sağlanmasına yönelik çalışmalar arttırılmalıdır.

- ✓ Meme kanseri hastalarının konforunun yükseltilmesi, hastaların morbidite ve mortalitesinin düşürülmesi, aile bireyleri ve hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından da yararlı olacaktır. MKKDÖ ile bu kavramlarında ele alındığı çalışmalar yapılabilir.

## 7. KAYNAKLAR

Advanced Practice Nurses Role In Palliative Care; A Position Statement From American Nursing Leaders, Promoting Excellence In End-of-Life Care A National Program Office of the Robert Wood Johnson Foundation, 2002.

American Cancer Society (ACS). Breast Cancer Facts & Figures (2018). <http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/breast-cancer-facts-figures>. Erişim Tarihi: 21.02.2020.

American Society of Clinical Oncology. Integrating Palliative Care into Standard Oncology Care: ASCO Guidance. <http://chicago2012.asco.org/ASCODailyNews/PalliativeCarePCO.aspx>, 20 Aralık 2018.

American Nurses Association. İnternet Adresi: <https://www.nursingworld.org/> (Son güncellenme tarihi: 15.04.2018, Erişim tarihi 20.08.2019).

Alemdar D.K., Tüfekçi F.G. Prematüre Bebek Konfor Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2015; 12(2): 142-148.

Akçakaya A. Palyatif Bakım ve Hospis El Kitabı. *Uluslararası Katılımlı Palyatif Bakım ve Hospis Kongresi*, İstanbul, 2018: 7-123.

Akgün Ö. Annelerin Doğum Sonu Konfor Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Sivas, 2016: s.19-22.

Akyüz S. Kanser Hastalarına Uygulanacak Palyatif Bakım Uygulamalarına İlişkin Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Gaziantep, 2014: s.5-27.

Arslan H., Konuk Şener D. Stigma, Spirüalite ve Konfor Kavramları'nın Meleis'in Kavram Geliştirme Sürecine Göre İrdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi* 2009; 2(1): 56-57.

Aydoğan F., Uygun K. Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. *Klinik Gelişim* 2011; 24: 4-9.

Bağ B. Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları. *Türk Onkoloji Dergisi* 2012; 27(3): 142-149.

Balcı S., Ahi B. SPSS Kullanım Klavuzu SPSS ile Adım Adım Veri Analizi, *Anı Yayıncılık*, Ankara 2020, s:113-199.

Bannigan K. Watson R. Reliability and Validity in A Nutshell. *Journal of Clinical Nursing* 2009; (18): 3237-3243.

Bingley A, Clark DA. Comparative Review of Palliative Care Development in Six Countries Represented by the Middle East Cancer Consortium (MECC). *Journal of Pain and Symptom Management* 2009; 37(3): 287-296.

Brown TA. Confirmatory Factor Analysis for Applied Research. *Guilford Press* New York, US, 2015: 53.

Bravi F., Decarli A., Russo A.G. Risk Factors for Breast Cancer in A Cohort of Mammographic Screening Program: A Nested Case–Control Study Within The Fricam Study. *Cancer Medicine* 2018; 7(5): 2145–2152.

Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel R.L., Torre L.A., Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **Ca Cancer J Clin** 2018; 68: 394–424.

Can G. Kanser Hastalarında Kanıta Dayalı Palyatif Bakım, **Nobel Tıp Kitapevi**, İstanbul 2018, s:1-180.

Can A., Hindistan S. An Assessment of the Comfort Level Of Cancer Patients With Receiving Chemotherapy. **Bezmialem Science** 2021; 9(3): 310-316.

Canadian Hospice Palliative Care Nursing Standards of Practice. 2014. file:///C:/Users/PC/Desktop/PALYATIF%20BAKIM/kanada'da%20palyatif%20bakim%20standartları.pdf.

Caycho-Rodríguez T., Rojas-Jara C., Ventura-León J., Noe-Grijalva M., Cabrera-Orosco I., Reyes-Bossio M. Single İtem to Assess for Worry for Cancer: Initial Evidence of Validity and Reliability. **Enfermería Clínica** 2021; (31): 203-210.

Clarke D. From Margins to Centre: A Review of The History of Palliative Care in Cancer. **The Lancet Oncology** 2007; 8(5): 430-438.

Coelho A., Parola V., Sandgren A., Fernandes O., Kolcaba K., Apo J. The Effects of Guided Imagery on Comfort in Palliative Care. **Feature Article** 2018; 20(4): 392-399.

Çapık C., Gözüm S., Aksayan S. Kültürlerarası Ölçek Uyarlama Aşamaları, Dil ve Kültür Uyarlaması: Güncellenmiş Rehber. **Florence Nightingale Journal of Nursing** 2018; 26(3): 199-210.

Çıtlık Sarıtaş S., Çevik S., Özden G. Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu Türkçe Geçerliliği ve Güvenilirliği. **Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi** 2018; 10(2): 16-22.

Çokluk Ö., Şekercioğlu G., Büyükköztürk İ. In: Geçerlik ve güvenilirlik. Sosyal Bilimler için Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve LISREL Uygulamaları. 3. Baskı. **Pegem Akademi**; Ankara, 2014; 275-332.

Davis L. Instrument Review: Getting the Most From A Panel of Experts. **Applied Nursing Research**, 1992; 5: 194-197.

Demir M. Palyatif Bakım Etiği. **Yoğun Bakım Dergisi** 2016; (7): 62-66.

Dionne-Odom J.N., Azuero A., Lyons K.D. et al. Benefits Of Early Versus Delayed Palliative Care to İnformal Family Caregivers of Patients With Advanced Cancer : Outcomes From the ENABLE III Randomized Controlled Trial. **J Clin Oncol.** 2015; 33(13):1446–1452.

Dossus L, Boutron-Ruault M.C, Kaaks R. Active And Passive Cigarette Smoking and Breast Cancer Risk: Results From the EPIC Cohort. **Int J Cancer** 2014; 134:1871-1888.

Effendy C. the Quality Of Palliative Care for Patients With Cancer in Indonesia. **Institutes of the Radboud University Medical Center**; 2015: 75-86.

Elçigil A. Palyatif Bakım Hemşireliği. **Gülhane Tıp Dergisi** 2012; 54: 329-334.

Ercan İ., Kan İ. Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. **Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi** 2004; 30 (3): 211-216.

Erden Y. Oral Mukozitte Konfor Algısı Ölçeğinin Geliştirilmesi. Doktora Tezi, **Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Erzurum, 2019: 1-84.

Erdoğan S., Nahcivan N., Esin N., Hemşirelikte araştırma süreç uygulama ve kritik, **Nobel Matbaacılık San Ltd Şti**, İstanbul, 2014, s. 224.

Esin M, Hemşirelikte Araştırma, Süreç Uygulama ve Kritik, **Nobel Tıp Kitapevleri**, İstanbul 2017, s. 195-229.

Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN, ed. Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik. İstanbul: **Nobel Tıp Kitapevleri** 3. Baskı, 2017. s.216-232.

Eton D.T., Cella D., Yost K.J., Yount S.E., Peterman A.H., Neuberg D.S., et al. A Combination of Distribution- and Anchor-Based Approaches Determined Minimally Important Differences (Mids) for Four Endpoints in A Breast Cancer Scale. **J Clin Epidemiol** 2004; 57: 898-910.

Familial Breast Cancer: Collaborative Reanalysis of Individual Data From 52 Epidemiological Studies Including 58,209 Women With Breast Cancer And 101,986 Women without The Disease. **Lancet** 2001; 358: 1389.

Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I. Global and Regional Estimates of the Incidence and Mortality for 38 Cancers: GLOBOCAN 2020. Lyon: International Agency for Research on Cancer. **World Health Organization**; 2020

Ferrell B. National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care: Implications for Oncology Nursing Asia-Pacific. **Journal of Oncology Nursing** 2019; 6(2): 151-153.

Ferrel B.R., Temel J.S., Temin S., Alesi E.R., Balboni T.A., Basch E.M., Finn J.I., Paice J.A., Peppercorn J.M., Phillips T., Stovall E.L., Zimmermann C., Smith T.J. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. **Journal Of Clinical Oncology** 2016; 35: 96-112.

Gana k, Broc G. Structural Equation Modeling with lavaan. 2019, Great Britain and United States by ISTE and John Wiley&Sons, Inc ISBN 978-1-78630-369-1

Gaudet M.M., Gapstur S.M., Sun J., Diver W.R., Hannan L.M., Thun M.J. Active Smoking And Breast Cancer Risk: Original Cohort Data and Meta-Analysis. **J Natl Cancer Inst** 2013; (105): 515-525.

GLOBOCAN 2020. İnternet adresi: <https://gco.iarc.fr/>, (alındığı tarih: 17.02.2021).

Greydanus D., Merrick J. Neonatal Period, Palliative Care And End Of Life. **J Pain Manage** 2014; 7: 189-96.

Gregurek R, Braš M, Đorđević V. et al. Psychological of Problems of Patients With Cancer. **Psychiatria Danubina**, 2010; 22 (2): 227–230.

Grove S.K., Burns N., Gray J. The Practice Of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, And Generation Of Evidence, (7th ed.), St. Louis, Missouri: **Elsevier Saunders**, 2013: 72.

Grove S.K., Ciper D.J. Statistics for Nursing Research. **Student Resources on Evolve** 2017; 8th ed: 110-115.

Gudat H. Der Wert des Lebensendes: am Beispiel der Finanzierung der stationären spezialisierten Palliative Care in der Schwei. **Therapeutische Umschau** 2018; 75(2): 127-134.

Gültekin M., Özgül N., Olcayto E., Tuncer M. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. **Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi** 2010; (1): 1-6.

Güner A. Akciğer Kanseri Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Konfor Düzeyi ve Konforu Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, **Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü**, İstanbul, 2020: 27-30.

Güner A., Karakoç Kumsar A. Akciğer Kanseri Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Konfor Düzeyi ve Konforu Etkileyen Faktörler. **Online Turkish Journal of Health Sciences** 2021; 6(2): 155-162.

Hailu H.E., Mondul A.M., Rozek A.S., Geleta T. Descriptive Epidemiology of breast and gynecological cancers among patients attending Saint Paul’s Hospital Millennium Medical College, Ethiopia. **Plos One** 2020; 15(3): 1-11.

Harrington D. Confirmatory Factor Analysis, New York. **Oxford University Press**, USA, 2009: s.21-35.

Hernández A., Hidalgo M.D., Hambleton R.K., & Gómez-Benito J. International Test Commission Guidelines for Test Adaptation: **A Criterion Checklist. Psicothema** 2020;32(3): 390–398.

Hildebrand J.S., Gapstur S.M., Campbell P.T., Gaudet M.M., Patel A.V. Recreational Physical Activity and Leisure-Time Sitting in Relation to Postmenopausal Breast Cancer Risk. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev** 2013; 22:1906-1912.

International Association for Hospice & Palliative Care. (2019). 6 Principles of Palliative Care. Retrieved from <https://hospicecare.com/what-wedo/publications/getting-started/6-principles-of-palliative-care>

ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second Edition), **International Journal Of Testing** 2018;18(2): 101-134.

Kabalak A.A., Öztürk, H, Çağıl, H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu. **Palyatif Bakım Yoğun Bakım Dergisi** 2013; 11(2): 56-70.

Kabalak A.A. Türkiye’de Palyatif Bakım, Güncel Gelişmeler, Gereksinimler. **Anestezi Dergisi** 2014: 121-123.

Kabalak A.A., Kahveci K., Gökçınar D., Özdoğan N., Çağıl H. Structuring of Palliative Care in Ankara Ulus State Hospital, Turkey; 2012-2013. **Journal of Palliative Care & Medicine** 2013; 3(5): 1-3.

Kahraman A., Başbakkal Z., Yalaz M. Yenidoğan Konfor Davranış Ölçeği’nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği. **Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi** 2014; 1(2): 1-11.

Karakaplan, S. Doğum Şeklinin Annelerin Doğum Sonu Konforuna ve Yenidoğan Üzerine Etkileri. Yüksek Lisans Tezi, **Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2007: s.4-15.

Karabacak, Ü. Meme Kanseri Hastalarda Konforu Destekleyici Hemşirelik Bakımının ve Eğitimin Radyoterapi Uygulaması İle Etkileşimi. Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi, **İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2004. s.4-45.

Karakaplan S., Yıldız H. Doğum Sonu Konfor Ölçeği Geliştirme Çalışması. **Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi**. 2010; 3(1): 56-65.

- Karan İ., Aştı T. Hastane Fiziksel Ortamının Hastalar Üzerindeki Etkilerinin Araştırılması. **İ.Ü.F.N.H.Y.O. Hemşirelik Dergisi** 2003; 13(50): 15-27.
- Kavalieratos D., Laura P., Gelfman M.D., Laura E.T., Barbara R., David B.B., Dara Z.I., Nathan G., Stephan E.K., Marie A.B., Robert M.A. Palliative Care in Heart Failure. Rationale, Evidence, and Future Priorities. **Journal of the American Collage of Cardiology** 2017; 70(15): 1919-1930.
- Ketenciler A.P. Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Kadınlara Uygulanan Yapılandırılmış Girişimlerin Meme Kanseri Tarama Davranışlarına ve Sağlık Algılarına Etkisi. Doktora Tezi, **İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2020: 1-70.
- Kıvanç M.M. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri. **HSP** 2017; 4(2): 132-135.
- Kida K., Olver L., Yennu S., Tripathy D., Ueno N.T. Optimal Supportive Care for Patients With Metastatic Breast Cancer According to Their Disease Progression Phase. **American Society of Clinical Oncology** 2021; 17:3-7.
- Kolcaba K., Kolcaba R. An Analysis of the Concept of Comfort. **Journal of Advanced Nursing** 1991a; 16: 1301-1310.
- Kolcaba K. Taxonomik Structure for the Concept Comfort. **IMAGE: Journal of Nursing Scholarship** 1991b; 23(4): 237-240.
- Kolcaba K. Holistic Comfort Operati onalizing The Construct As A Nurse -Sensitive Outcome. **Advances in Nursing Science** 1992; 15(1): 1-10.
- Kolcaba K. Evolution of the Mid Range Theory of comfort for outcomes research. **Nurs Outlook**, 2001; 49: 86-92.
- Kolcaba K. Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research. **Springer Publishing**. 2003, New York.
- Kolcaba K., Dimarco M. A. Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. **Pediatric Nursing**, 2005; 31(3): 187-194.
- Krisky R., Murillo I., Johnson J. A Practical Application of Katherine Kolcaba’s Comfort Theory to Cardiac Patiens. **Applied Nursing Research** 2014; 27: 147-150.
- Koç S. Doğumda Kanguru Bakımının Yenidoğanın Emzirme Davranışlarına Ve Annenin Konfor Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisan Tezi, **İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2015, s:25-26.
- Kroenke K, John, SA, Theobald. et al. Somaticsymptoms in cancer patient strajectory over 12 months and impact on functional status and disability. **Supportive Care in Cancer**, 2013; 21: 765–773.
- Kubat G. Cerrahi Operasyon Geçiren Hastaların Konfor Düzeyinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, **Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, 2017: s.3-7.
- Kuguoğlu S., Karabacak Ü. Genel Konfor Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması. **İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi** 2008; 16 (61): 16-23.
- Küçük Alemdar D., Güdücü Tüfekçi F. Prematüre Bebek Konfor Ölçeği’nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği. **Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi** 2015; 12(2): 142-148.

Leadbeater M. The Role of A Community Palliative Care Specialist Nurse Team in Caring For People With Metastatic Breast Cancer. **International Journal of Palliative Nursing** 2013; 19(2): 93-97.

Leech N.L., Barret K.C., Morgan G.A. İstatistikçiler İçin SPSS; Kullanım Ve Yorumlama (2. Baskı). **Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum** 2006: 45-54.

Lynch T., Connor S., Clark D. Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update. **Journal Of Pain And Symptom Management** 2013; 45(6): 1094-1106.

Malloy P., Takenouch S., Kim H.S., Lu Y., Ferrell B. Providing Palliative Care Education: Showcasing Efforts of Asian Nurses. **Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing** 2018; 5(1): 15-20.

Menekli T., Doğan R., Şentürk S. Palyatif Bakım Hastalarında Ağrı Düzeyi ile Genel Konfor Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. **Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care** 2021; 15(4): 888-894.

Michelson K.N., Steinhorn D.M. Pediatric End-of-Life Issues and Palliative Care. **Clinical Pediatric Emergency Medicine** 2007; 8(17): 212-219.

Momenimovahed Z., Salehaniya H. Epidemiological Characteristics Of And Risk Factors For Breast Cancer İn The World. **Breast Cancer - Targets and Therapy** 2019; 11:151–164.

Moo T.A., Sanford R., Dang C., Marrow M. Overview ob Breast Cancer Thearpy. **PET Clins** 2018; 13(3): 339-354.

National Cancer Institue/SEER Programme internet sitesi. [https://seer.cancer.gov/report\\_to\\_nation/](https://seer.cancer.gov/report_to_nation/), (son güncelleme tarihi: 15.02.2021, erişim tarihi: 02.04.2021).

National Consensus Project 2013. Clinical practice guidelines for qualtiy palliative care (3rd ed.) Pittsburgh, PA: National Consensus Project for Qualtiy Palliative Care. doi:<http://www.nationalconceconcensusproject.org/guideline.pdf>

Nia H.S., Somasundram S., Fomani F.K., Kaveh O., Hosseini L. Validity and Reliability of Persian Version of the 12-Item Expectations Regarding **Agıng Survey**. **The International Journal of Aging and Human Development** 2022: 1–15.

Nuraini T., Gayatri D., Irawaty D. Validity And Reliability of the Comfort Assessment Breast Cancer Instrument in Breast Cancer Palliative Care. **Enferm Clin**. 2018; 28(1): 162-166.

Nuraini T., Antirijono, Gayatri D., Irawaty D. Umar J. Construct And Criterion Validity of The Comfort Assessment Breast Cancer Instrument. **Enferm Clin**. 2019.

Oran N.Ş., Pakyüz S.Ç., Kartal A. Ölçek Geliştirme Çalışması: Hemodiyaliz Hastalarında Konfor. **Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi** 201; 2(12): 68-77.

Özçelik FM. Meme Kanseri, Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları. **Türk Cerrahi Derneği Yayınları** 2018; 298-313.

Özçelik H., Fadiloğlu Ç., Karabulut B., Uyar M., Elbi H., Eyigör S., Sertöz Ö.Ö. Eyigör C., Bıçaklı D.H., Çalışkan Z., Özyaydemir G., Güzel Y., Yıldırım Y.K. Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimine Dayalı Multidispliner Bakım Protokolü. **AGRI** 2014; 26(2): 47-56.



Özdoğan M. Türkiye Kanser İstatistikleri. İnternet Adresi: <https://www.drozdogan.com/turkiye-kanser-istatistikleri-2020/> (Son güncellenme tarihi: 02.02.2021; Erişim Tarihi: 01.04.2021).

Özgül N., Gültekin M., Koç O., Bayraktar G., Ekinci H., Sencan I., Tuncer A.M., Aksoy M., Tosun N. Turkish Community-Based Palliative Care Model: A Unique Design. *Annals of Oncology* 2012; 23(3): 76-78.

Özkan S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında (KOA) Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımı. *Selçuk Tıp Dergisi* 2011; 28(1): 69–74.

Özmen V. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi (Versiyon 1.0) 2020.

Özmen V. Breast Cancer In Turkey: Analysis Of 20.000 Patients With Breast Cancer. *Eurjbreast Health*. 2019;15: 141- 146.

Palyatif Bakım Programı İçinde: Tuncer, M (editör). Ulusal Kanser Kontrol Programı 2009-2015. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. **Bakanlık Yayın** No:760, 2009: 92-110.

Pastrana T., Jünger S. and Ostgathe O. A Matter of Definition Key Elements Identified in a Discourse Analysis of Definitions of Palliative Care. *Palliative medicine* 2008; 22(3): 222-232.

Pinto S., Caldeira S., Martins C. J. A Qualitative Study About Palliative Care Patients' Experiences of Comfort: Implications for Nursing Diagnosis and Interventions. *Journal of Nursing Education and Practice* 2017; 7(8): 37-45.

Portela D. M. P. Contributo das Técnicas de Análise Fatorial para o Estudo do Programa Ocupação Científica de Jovens nas Férias. *Universidade aberta* 2012: 5-169.

Rugno F.C., Paiva B.S., Paiva C.E. Early İntegration Of Palliative Care Facilitates The Discontinuation Of Anticancer Treatment İn Women With Advanced Breast Or Gynecologic Cancers. *Gynecol Oncol*. 2014;135(2):249-54.

Sağlık Bakanlığı Evde sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 01.02.2010 tarih ve 3895 Sayılı Makam Onayı

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri, 2020.

Sarmiento R., Costa V. Comparative approaches to using R and Python for statistical data analysis. (2017). Comparative Approaches to Using R and Python for Statistical Data Analysis.

Saunders C. The Evolution of Palliative Care. *Journal of The Royal Society of Medicine* 2001 (94): 430-432.

Seçer İ. Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci, *Anı Yayıncılık*, Ankara 2018: 18-104.

Seçer İ. SPSS ve LISREL ile Pratik Veri Analizi, *Anı Yayıncılık*, Ankara 2017: 211-222.

Sepúlveda C., Marlin A., Yoshida T., Ullrich A. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management* 2002; 24(2): 91-96.

Siegel R.L., Miller k.D., Jemal A. Cancer Statistics. *Ca Cancer J Clin* 2019; 69: 7–34.

Smith T.J., Temin S., Alesi E.R., Abernethy A.P., Balboni T.A., Basch E.M., Peppercorn J.M. American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care. **J Clin Oncol** 2012, 30(8):88-887.

Sönmez A. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Uygulanan Hastaların Konfor ve Kaygı Deneyimlerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, **Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Edirne, 2013: s.17-20.

Streiner D, Norman G, Cairney J. Health Measurement Scales, A practical guide to their development and use, (5th ed.), **Oxford**, UK, 2015: 81.

Suhr D. Exploratory or Confirmatory Factor Analysis? **Statistics and Data Analysis**. 2006: 1– 17.

Sung H., Ferlay J., Siegel R.L., Laversanne M., Soerjomataram I., Jemal A., Bray F. 2021: Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **Ca Cancer J Clin** 2021; 0:1–41.

Sur H. Tıbben bitmiş sayılan ömürlere hospis çözüm mü? [www. sdplatform.com](http://www.sdplatform.com). (Erişim Tarihi: 09.04.2021).

Şahan, F. U., Terzioğlu, F. Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitim ve Örgütlenmesi. **Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi** 2015; 4(2): 81-90.

Şahin Orak N., Çınar Pakyüz S., Kartal A. Ölçek Geliştirme Çalışması: Hemodiyaliz Hastalarında Konfor. **Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi** 2017; 2(12): 68-77.

Tavsancıl E. Measurement of Attitudes and Data Analysis with SPSS, (5th ed.), **Nobel Akademy**, Ankara, 2014, s. 63.

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri 2011-2023. **AG DESIGN** 2011 s.58-63.

Terzioğlu F., Uslu Sahar F., Boztepe H. Palliative Care to the Cancer Patient: Turkish Nurses’ Perspectives. **Journal of Palliative Care & Medicine** 2015; 1-5.

Turan Z. Kadının Meme Kanseri Önleme Davranışlarını Etkileyen Faktörleri Belirleme Ölçeği’nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, **Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Gaziantep, 2019: 1-63.

Turan G.B., Polat H.T., Mankan T. İntörn Hemşirelik Öğrencilerinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri. **Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi** 2017;6(2): 54-60.

Türk Dil Kurumu. <http://tr.wiktionary.org/wiki/palyatif>, Erişim Tarihi:16 Nisan 2021.

Twycross RG. Hospice care-redressing the balance in medicine. **J. R. Soc Med** 1980; 73(7):475-81.

Uslu F.Ş., Terzioğlu F. Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. **Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi** 2015; 4(2): 81-90.

Uslu F.Ş. Meslekler arası Simülasyon Eğitiminin Jinekolojik Onkolojide Palyatif Bakım Yeterliliklerinin Kazandırılmasına Etkisi. Doktora Tezi, **T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Ankara, 2018. s.9-15.

Utkan NZ. Meme Kanseri. Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları. **Türk Cerrahi Derneği Yayınları** 2018; 298.

- Üstündağ H. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konfor Düzeyi. Doktora Tezi, **Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2009. s.6-10.
- Üstündağ H. Eti Arslan F. Perianestezi Konfor Ölçeğinin Türkçeye Uyarlaması. **Türkiye Klinikleri J Nurs Sci** 2010; 2(2): 94-99.
- Wentlandt A., Weiss A., O'Connor E., Kaya E. Palliative and End Of Life Care in Solid Organ Transplantation. **Am J Transplant**. 2017; (17): 3008–3019.
- WHPCA. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. 2014. s.5-91. file:///C:/Users/PC/Desktop/PALYATİF%20BAKIM/global%20Palyatif%20bakım%20atlası.pdf
- World Hospice and Palliative Care Day. <http://www.thewhpc.org/>, (son güncellenme tarihi: 21.02.2020, alındığı tarih: 03.04.2020).
- WHO. İnternet adresi: [https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1), (son güncellenme tarihi: 12.01.2021, alındığı tarih: 02.09.2021).
- WHO. İnternet adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>, (son güncellenme tarihi: 12.09.2018, alındığı tarih: 03.04.2019).
- WHO. National Cancer Control Programmes Policies and Managerial Guidelenes. 2002. s.83-91.
- WHO. İntegrating Palliative Care and Symptom Relief into Primary Health Care, 2018. s.5-45.
- WHO. Cancer Pain Relief and Palliative Care. Genevra, 1990. s.11-18.
- WHO Report on Cancer: Setting Priorities, Investing Wisely And Providing Care For All. World Health Organization; 2020.
- Wright V. Why is end-of-life care delivery sporadic? A quantitative look at the barriers to and facilitators of providing end-of-life care in the neonatal intensive care unit. **Advances in Neonatal Care**, 2008, 11: 29-36.
- Yıldırım N.K., Özkan M., İlgün As., Sarsenov D., Alço G., Aktepe F. Possible Role Of Stress, Coping Strategies And Life Style İn The Development Of Breast Cancer. **Int J Psychiatry Med**. 2018;53(3): 207-220.
- Yurdagül H. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliliği için Kapsam Geçerlilik İndekslerinin Kullanılması. XIV Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi 2005; 1-6.
- Yürüyen M., Tevetoğlu İ.Ö., Tekmen Y., Polat Ö., Arslan İ., Okuturlar Y. Palyatif Bakım Hastalarında Klinik Özellikler ve Prognostik Faktörler. **Konuralp Tıp Dergisi** 2018; 10(1): 74-80.
- Zimmermann C., Swami N., Krzyzanowska M., Hannon B., Leighl N., Oza A., Moore M., Rydall A., Rodin G., Tannock I., Donner A., Lo C. Early Palliative Care For Patients with Advanced Cancer: A Cluster-Randomised Controlled Trial. **Lancet** 2014; 383: 1721–1730.
- Zorukoş S. Birinci Derece Yakınlarında Meme Kanseri Olan Kadınlar İçin Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması. Yüksek Lisans Tezi, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İzmir, 2008: s.9-22.

## ÖZGEÇMİŞ

### ➤ Kişisel Bilgiler

Adı	Rahime	Tel No	
Soyadı	Yöntem Ölmez	e-posta	
Doğum Tarihi	25.06.1996		

### ➤ Eğitim Bilgileri

Mezun Olduğu Okul		Mezun Olduğu Yıl
Lise	Nazilli Menderes Anadolu Lisesi	2014
Üniversite	Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2018
Yüksek Lisans	Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği AD	Devam Ediyor
Doktora		

### ➤ İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Çalışma Yılı
Hemşire	İzmir SBÜ Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisi	2019-2021
	Aydın Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi Acil Yoğun Bakım	2021-Devam Ediyor

### ➤ Sertifikalar ve Kurslar

Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikası
Eğitim Hemşireliği Sertifikası
Onkoloji Hastalarına Temel Palyatif Bakım Sertifikası
Spss ve Amos Uygulamalı Ölçek Geliştirme ve Kültürlerarası Ölçek Uyarlama Kursu

**EKLER**

## EK-1 HASTALARA İLİŞKİN TANITICI BİLGİ FORMU

Bu çalışma ile hastaların bakım konforunun değerlendirmek amacıyla kullanılacak ölçeğin Türkçeye uyarlanması amaçlanmaktadır. Anket formuna isminiz yazılmayacak ve bilgiler çalışma dışında kullanılmayacaktır. Çalışmaya katıldığınız ve katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederim.

1. **Kaç yaşındasınız?**.....
  2. **Eğitim durumunuz nedir?**  
 a) Okur- yazar değil                      b) Okur –yazar                      c) İlkokul mezunu                      d) Ortaokul mezunu  
 e) Lise mezunu                                      f) Üniversite mezunu  
 g)Diğer.....
  3. **Medeni durumunuz?**  
 a) Bekar                      b) Evli                      c) Ayrı yaşıyor                      d) Dul (Eşi ölmüş)                      e) Boşanmış
  4. **Aile yapınız?**  
 a) Çekirdek aile                                      b) Geniş aile                                      c) Parçalanmış aile
  5. **Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?**  
 a) Hayır                                      b ) Evet .....
  6. **Halen yaşadığınız yer?**  
 a) Köy- Kasaba                      b) İlçe                                      c)İl                                      d) Diğer.....
  7. **Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?**  
 a) Gelir gidere eşit                      b) Gelir giderden az                                      c) Gelir giderden fazla
  8. **Sosyal güvence durumunuz nedir?**  
 a) sosyal güvencem yok                      b) SGK                                      c) Yeşil kart                      d) Özel sigorta                      e) Diğer.....
  9. **Tedaviniz hakkında bilgilendirildiniz mi?**  
 a) Evet                      b) Hayır
  10. **Tedaviniz süresince, size kimler destek veriyor?**  
 a) Aile                      b) Arkadaşlar                                      c) Hemşireler                                      d) Hekim  
 e) Destek grupları / gönüllüler                      f) Diğer.....
- 
11. **Tanı Tarihi**.....
  12. **Hastalığın Evresi** .....
  - a) İlk evre                      b) II. evre                                      c) III. evre                                      c) Son evre
  13. **Alınan kanser tedavisi nedir?**  
 a) Kemoterapi                      b) Radyoterapi                                      c)Kemoterapi+Radyoterapi
  14. **Hastanın hemodinamik durumu stabil mi?** a) Evet                      b) Hayır

## EK-2 MEME KANSERİ KONFOR DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

MADDELER	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1.Güçsüz hissediyorum				
2.Mide bulantısı hissediyorum				
3.Sağlık durumum nedeniyle, ailemin ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanıyorum (yemek yapmak, çocuklara bakmak gibi)				
4.Tedavinin yan etkileri beni rahatsız etti				
5.Kendimi hasta hissediyorum				
6.İştahım yok				
7.Sık sık başım dönüyor				
8.Cildimin ve ağzımın çok kuru olduğunu hissediyorum				
9.Yatak istirahatı için çaba gösteriyorum				
10.Hemen yoruluyorum				
11.Kendimi üzgün hissediyorum				
12.Hastalığımla mücadele etme konusunda ümitsizim				
13.Kendimi huzursuz hissediyorum				
14. Geleceğim konusunda endişeliyim				
15.Durumum kötüleşir diye endişeleniyorum				
16.Ailemdeki bireylerinde aynı hastalığa yakalanmasından endişe duyuyorum				
17.Kızgın hissediyorum				
18.Yalnız hissediyorum				
19.Kendimi iyi hissetmediğim bazı değişiklikler yaşıyorum				
20.Tedaviden korkuyorum				
21.Tedaviyi sürdürmekten sıkıldım				
22.Kendimi daha hassas hissediyorum.				
23.Kendimi diğer insanlara bağımlı hissediyorum				
24.Hastalığım başka insanların hayatını etkilediği için üzülüyorum				
25.Başkalarına yük olmaktan korktuğum için hastalığımı konuşmak istemiyorum				
26.Ailemi korkutuyorum				
27.Tedavinin maliyeti beni endişelendiriyor				
28.Hastaneye ulaşım maliyeti konusunda endişeliyim				
29.Tedavim boyunca oluşan maliyet konusunda endişeliyim				
30.Hastalık gelirimini kaybetmeme neden oluyor				
31.Hastane ortamından rahatsız oluyorum				
32.Hastane ortamında kalmaya katlanamıyorum				
33.Hastane ortamının kokusundan hoşlanmıyorum				
34.Hastane ortamında rahat hissedebiliyorum				

### EK-3 GENEL KONFOR ÖLÇEĞİ KISA FORMU

MADDE NO	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.Yardıma gereksinim duyduğumda güvenebileceğim kişiler var				
2.Egzersiz yapmak istemiyorum				
3.Durumum beni bunaltıyor				
4.Kendimi güvende hissediyorum				
5.Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum				
6.Sevildiğimi bilmek beni mutlu ediyor				
7.Gürültü dinlenmemi engelliyor				
8.Kimse beni anlamıyor				
9.Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum				
10.Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum				
11. İnancım korkusuz olmama yardım ediyor				
12.Şu anda kabızım				
13.Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum				
14.Bu oda beni ürkütüyor				
15.Bundan sonra olacıklardan korkuyorum				
16.Çok yorgunum				
17.Memnunum				
18. Bu sandalye/yatak rahatsız				
19.Bu manzara bende ilgi uyandırıyor				
20.Özel eşyalarım burada değil				
21.Kendimi buraya ait hissetmiyorum				
22.Arkadaşlarım telefon ederek beni hatırlıyor				
23. Sağlığım hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum				
24.Kendimi kontrol edemiyorum				
25.Bu oda berbat kokuyor				
26.Kendimi huzurlu hissediyorum				
27.Kederliyim				
28.Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim				



## EK-4 ÖLÇEĞİN ORJİNAL FORMU

ITEMS	Strongly Disagree	Disagree	Agree	Strongly agree
1.I am lack of power				
2.I feel nausea				
3.Because of physical condition, I feel difficult to meet my family needs (like cooking, take care of children and etc.)				
4.I was disturbed by side effect of treatment				
5.I feel stick				
6.My appetite is lack				
7.I frequently feel dizziness				
8.I feel my mouth and skin are very dry				
9.I am perforce to be bed rest				
10.I feel soon to be tired				
11.I feel sad				
12.I feel hopeless to combat my disease				
13.I feel agitated				
14.I feel anxious about death				
15.I am worried my condition will get worse				
16.I am worried my family will experience the same disease				
17.I feel angry				
18.I feel lonely				
19.I experience some changes that make my feeling is not comfortable				
20.I am afraid with the treatment for me				
21.I feel bored in running the treatment				
22.I feel more sensitive				
23.I feel dependent to other people				
24.I feel shame because of my sickness makes other life's disrupted				
25.I don't want to discuss my sickness because I am afraid to burden other				
26.I am frighten my family				
27.I am worry about cost of treatment				
28.I am worry about transportation cost to hospital				
29.I am worry about life cost along treatment				
30.Sickness makes me lose my income				
31.I feel disturbs with hospital environment				
32.I can't stand to stay in hospital environment				
33.I don't like with the smells of my environment				
34.I feel comfort with hospital environment				

### EK-5 MEME KANSERİ KONFOR DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ İLERİ ÇEVİRİSİ

MADDELER	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1.Güçsüz hissediyorum				
2.Mide bulantısı hissediyorum				
3.Fiziksel durumumdan dolayı ailemin ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanıyorum (yemek yapmak, çocuklara bakmak gibi)				
4.Tedavinin yan etkileri beni rahatsız etti				
5.Kendimi hasta hissediyorum				
6.İştahım yok				
7.Sık sık başım dönüyor				
8.Cildimin ve ağzımın çok kuru olduğunu hissediyorum				
9.Yatak istirahati için çaba gösteriyorum				
10.Hemen yoruluyorum				
11.Mutsuz hissediyorum				
12.Hastalığımla mücadele etme konusunda ümitsizim				
13. Tedirgin hissediyorum.				
14. Ölüm hakkında endişeli hissediyorum.				
15. Durumum kötüleşir diye korkuyorum				
16- Ailemdeki bireylerinde aynı hastalığa yakalanmasından korkuyorum				
17.Kızgın hissediyorum				
18.Yalnız hissediyorum				
19- Kendimi konforlu hissetmediğim bazı değişiklikler yaşıyorum				
20.Tedaviden korkuyorum				
21.Tedaviyi sürdürmekten sıkıldım				
22.Kendimi daha hassas hissediyorum.				
23.Kendimi diğer insanlara bağımlı hissediyorum				
24.Hastalığım başka insanların hayatını etkilediği için üzülüyorum				
25. Hastalığımı konuşmak istemiyorum çünkü başkalarını üzmemden korkuyorum				
26.Ailemi korkutuyorum				
27.Tedavinin maliyeti beni endişelendiriyor				
28.Hastaneye ulaşım maliyeti konusunda endişeliyim				
29.Tedavim boyunca oluşan maliyet konusunda endişeliyim				
30.Hastalık gelirim kaybetmeme neden oluyor				
31.Hastane ortamından rahatsız oluyorum				

32.Hastane ortamında kalmaya katlanamıyorum				
33.Hastane ortamının kokusundan hoşlanmıyorum				
34.Hastane ortamında rahat hissedebiliyorum				

## EK-6 UZMAN PANELİ RAPORU

## Meme Kanseri Konfor Değerlendirme Ölçeği Uzman Paneli Raporu

1-I am lack of power
1- Güçsüz hissediyorum
2- I feel nausea
2-Midem bulanıyor
Mide Bulantısı hissediyorum
3- Because of physical condition, I feel difficult to meet my family needs (like cooking, take care of children and etc.)
3- Fiziksel durumumdan dolayı ailemin ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanıyorum (yemek yapmak, çocuklara bakmak gibi)
Sağlık durumum nedeniyle ailemin ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanıyorum.
4-I was disturbed by side effect of treatment
4-Tedavinin yan etkilerinden rahatsız etti
5- I feel stick
5-Kendimi hasta hissediyorum
6- My appetite is lack
6-İştahım yok
7- I frequently feel dizziness
7-Sık sık başım dönüyor
8- I feel my mount and skin are very dry
8- Cildimin ve ağzımın çok kuru olduğunu hissediyorum
9- I am perforce to be bed rest
9- Yatak istirahati için çaba gösteriyorum
10- I feel soon to be tired
10- Hemen yoruluyorum
11-I feel sad
11-Mutsuz hissediyorum
Kendimi üzgün hissediyorum
12- I feel hopeless to combat my disease
12- Hastalığımla mücadele etme konusunda ümitsizim
13-I feel agitated
13- Tedirgin hissediyorum
Kendimi huşursuz hissediyorum
14- I feel anxious about death
14-Ölüm hakkında endişeliyim (Geleceğim konusunda endişeliyim)
Not: Onkoloji Anabilim Dalı ölüm kelimesinin kullanılmasını istemiyor.
Geleceğim konusunda endişeliyim
15- I am worried my condition will get worse
15- Durumum kötüleşir diye korkuyorum
16- I am worried my family will experience the same disease
16- Ailemdeki bireylerinde aynı hastalığa yakalanmasından korkuyorum
Ailemdeki bireylerinde aynı hastalığa yakalanmasından endişe duyuyorum.

17- I feel angry	17- Kızgın hissediyorum
18- I feel lonely	18- Yalnız hissediyorum
19- I experience some changes that make my feeling is not comfortable	19- Kendimi konforlu hissetmediğim bazı değişiklikler yaşıyorum
20- I am afraid with the treatment for me	Kendimi iyi hissetmediğim bazı değişiklikler yaşıyorum 20- Tedaviden korkuyorum
21- I feel bored in running the treatment	21- Tedaviyi sürdürmekten sıkıldım
22- I feel more sensitive	22- Kendimi daha hassas hissediyorum
23- I feel dependent to other people	23- Kendimi diğer insanlara bağımlı hissediyorum
24- I feel shame because of my sickness makes other life's disrupted	24- Hastalığım başka insanların hayatını etkilediği için üzülüyorum
25- I don't want to discuss my sickness because I am afraid to burden other	25- Hastalığımı konuşmak istemiyorum çünkü başkalarını üzmetten korkuyorum
26- I am frighten my family	Başkalarına yük olmaktan korktuğum için hastalığımı konuşmak istemiyorum 26- Ailemi korkutuyorum
27- I am worry about cost of treatment	27- Tedavinin maliyeti beni endişelendiriyor
28- I am worry about transportation cost to hospital	28- Hastaneye ulaşım maliyeti konusunda endişeliyim
29- I am worry about life cost along treatment	29- Tedavi boyunca oluşan maliyet konusunda endişeliyim
30- Sickness makes me lose my income	30- Hastalık gelirimini kaybetmeme neden oluyor
31- I feel disturbs with hospital enviroment	31- Hastane ortamından rahatsız oluyorum
32- I can't stand tos tay in hospital enviroment	32- Hastane ortamında kalmaya katlanamıyorum
33- I don't like with the smells of my enviroment	33- Hastane ortamının kokusundan hoşlanmıyorum
34- I feel comfort with hospital enviroment	34- Hastane ortamında rahat hissedebiliyorum

**Prof.Dr. Gamze GÖKOZ DOĞU**

**Doç.Dr. İlgün ÖZEN ÇINAR**

Online katılım sağlamıştır.

**Dr.Öğr.Üyesi Hatice Fadime İNCİ**

**Rahime YÖNTEM ÖLMEZ**

### EK-7 MEME KANSERİ KONFOR DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ GERİ ÇEVİRİSİ

MADDELER	Strongly Disagree	Disagree	Agree	Strongly agree
1. I am lack of power				
2. I feel nauseous				
3. Due to my health condition, I find it difficult to meet my family's needs (such as cooking, taking care of the children)				
4. I was disturbed by side effect of treatment				
5. I feel stick				
6. My appetite is lack				
7. I frequently feel dizziness				
8. Cildimin ve ağzımın çok kuru olduğunu hissediyorum				
9. I am perforce to be bed rest				
10. I feel soon to be tired				
11. I feel sad				
12. I feel hopeless to combat my disease				
13. I feel uneasy				
14. I feel anxious about future				
15. I'm worried that my condition will worsen				
16. I am worried that other members of my family will have the same disease.				
17. I feel angry				
18. I feel lonely				
19. I'm experiencing some changes that I'm not feeling well				
20. I am afraid with the treatment for me				
21. I feel bored in running the treatment				
22. I feel more sensitive				
23. I feel dependent to other people				
24. I feel shame because of my sickness makes other life's disrupted				
25. I don't want to talk about my illness because I'm afraid of being a burden to others.				
26. I am frighten my family				
27. I am worry about cost of treatment				
28. I am worry about transportation cost to hospital				
29. I am worry about life cost along treatment				
30. Sickness makes me lose my income				
31. I feel disturbs with hospital enviroment				
32. I can't stand tos tay in hospital enviroment				
33. I don't like with the smells of my enviroment				
34. I feel comfort with hospital enviroment				

## EK-8 MEME KANSERİ KONFOR DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİN İLERİ VE GERİ ÇEVİRİSİNİ YAPAN UZMANLARIN İSİM LİSTESİ

- İngilizceden Türkçeye çeviri yapan uzmanlar:

Adı-Soyadı	Ünvanı
Mücahit İŞLER	Yeminli Tercüman
Nahide EDİS	İngilizce Öğretmeni

- Türkçe'den İngilizce'ye çeviri yapan uzman:

Adı-Soyadı	Ünvanı
Esin YÖNTEM	İngilizce Öğretmeni

Adı-Soyadı	Ünvanı
Ebru HARPUR	Dil Bilgisi Öğretmeni



**EK-9 KAPSAM GEÇERLİLİĞİ İÇİN GÖRÜŞ ALINAN UZMANLARIN İSİM LİSTESİ**

<b>ÜNVAN</b>	<b>AD-SOYAD</b>	<b>ÇALIŞTIĞI KURUM</b>
<b>Prof.Dr.</b>	Asiye KARTAL	Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
<b>Prof Dr.</b>	Ahmet ERGİN	Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
<b>Doç.Dr.</b>	Gülbahar KORKMAZ ASLAN	Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
<b>Doç.Dr.</b>	Ganime CAN GÜR	Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
<b>Doç.Dr.</b>	Hatice BAŞKALE	Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
<b>Doç.Dr.</b>	Gülcan BAKAN	Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
<b>Dr.Öğr.Üyesi</b>	Ayla YAVUZ KARAMANOĞLU	Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı
<b>Öğr.Gör.Dr.</b>	Filiz KABU HERGÜL	Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı

**EK-10 DENİZLİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZİNİ**

Evrak Tarih ve Sayısı: 07/10/2019-E.70550



T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



Sayı :65124556-600/  
Konu :Rahime YÖNTEM hk.

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜNE**

İlgi :12/09/2019 tarihli, 62574 sayılı yazı

İlgi yazı ile Enstitünüz Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Rahime YÖNTEM'in "Palyatif Bakımda Meme Kanseri Konfor Değerlendirme Geçerlilik ve Güvenirliği" konulu tezini Eylül 2019-Haziran 2020 tarihleri arasında yapma talebi hastanemiz Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanlığınca uygun görülmüş olup, konu hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

**e-İmzalıdır**  
Prof. Dr. İbrahim TÜRKÇÜER  
Merkez Müdürü

**EK-11 PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ETİK  
ARAŞTIRMALAR KURULU ETİK KURUL İZİNİ**

Evrak Tarih ve Sayısı: 07/08/2019-E.54328



T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik  
Kurulu

Sayı :60116787-020/54328  
Konu :Başvurunuz hk.

07/08/2019

Sayın Dr. Öğr. Üyesi İlgün ÖZEN ÇINAR

İlgi :25.07.2019 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**Palyatif Bakımda Meme Kanseri Konfor Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği**" konulu çalışmanız **06.08.2019 tarih ve 14 sayılı** kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN  
Başkan

## EK-12 MEME KANSERİ KONFOR DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNI

Validity and reliability of the Comfort Assessment Breast Cancer Instrument in breast cancer palliative



care Gelen Kutusu x



**Rahime Yöntem** <rahimeyontem15@gmail.com>

8 Şubat Cum 16:28



Alıcı: tutinfik ▾

Dear Nuraini,

I am Rahime Yöntem. I am a graduate student at Pamukkale University in Turkey. I have read the abstract of Validity and reliability of the Comfort Assessment Breast Cancer Instrument in breast cancer palliative care, and loved your work. I want to receive your work that was applied in Indonesia to apply in Turkey. If you have permission, I have planned to use your work that is the name of Validity and reliability of the Comfort Assessment Breast Cancer Instrument in breast cancer palliative care to my thesis.

I would be very happy, if you would let me know whether or not you give me permission to use it in Turkey. We would like to make additon request: it has not been possible for us to locate the reference in Turkey, and I want to use the reference in my thesis. Tuti Nuraini, Dewi Gayatri and Dewi Irawaty (2018) Validity and reliability of the Comfort Assessment Breast Cancer Instrument in breast cancer palliative care. I would really appreciate your help with this matter.

With respect,

Rahime Yöntem

Pamukkale Üniversitesi

Denizli Sağlık Bilimleri Fakültesi

20100 Denizli TURKEY



**Tuti Nuraini** <tutinfik@ui.ac.id>

12 Şubat Sal 10:19



Alıcı: ben ▾

İngilizce ▾ > Türkçe ▾ İletiyi çevir

[İngilizce için kapat x](#)

Please use the instruments. The items in the article with the Likert scale. I think it needs to be tested for validity. Thanks.

Regards,

Dr. Tuti Nuraini, SKp., M.Biomed.

Manager of Student and Alumni Affairs

Faculty of Nursing Universitas Indonesia



## EK-13 GENEL KONFOR ÖLÇEĞİ KISA FORMU KULLANIM İZİNİ

### Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu



**Rahime Yöntem** <rahimeyontem15@gmail.com>

24 Tem 2019 Çar 12:32



Alıcı: seyhancitlik

Merhaba Seyhan hocam,

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisiyim. Genel Konfor Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliğini taramalarım sonucunda sizin yaptığınızı buldum. İzin vererseniz yüksek lisans tezimde genel konfor ölçeğinin kısa formunu kullanmak istiyorum. Görüş ve önerilerinizi bekliyorum.

Saygılarımla,

İyi çalışmalar.

Rahime YÖNTEM

Pamukkale Üniversitesi



**Seyhan Çitlik Sartaş** <seyhancitlik@hotmail.com>

5 Ağu 2019 Pzt 21:27



Alıcı: ben

Sayın Rahime Yöntem, genel konfor ölçeğinin kısa formunu kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar dilerim.

iPhone'umdan gönderildi

Rahime Yöntem <rahimeyontem15@gmail.com> şunları yazdı (24 Tem 2019 12:32):



## EK 14 MKKDÖ'NİN 14. MADDE DEĞİŞİMİ İÇİN YAZARDAN İZİN FORMU

Validity and reliability of the Comfort Assessment Breast Cancer Instrument in breast cancer palliative care Gelen Kutusu x



**Rahime Yöntem** <rahimeyontem15@gmail.com>

2 Tem 2019 Sal 21:30 ☆ ↶ ⋮

Alın: Tuti ↵

Dear Nuraini,

Firstly, thanks for your support at my thesis at Pamukkale University. You send your scale to me before. However, the 14th question (I feel anxious about death) at the result of validity and reliability of Comfort Assessment Breast Cancer Instrument is not appropriate culturally for our cancer patients. If it is proper for you, I want to change this question like that "Do you feel anxious about the future?" Because the word "death" may create fear on our cancer patients; it may affects them psychologically. I would really appreciate your help with this matter.

With respect,

Rahime Yöntem

Pamukkale Üniversitesi

Denizi Sağlık Bilimleri Fakültesi

20100 Denizli/TURKEY



**Tuti Nuraini** <tutinifik@ui.ac.id>

3 Tem 2019 Çar 07:01 ☆ ↶ ⋮

Alın: ben ↵

İngilizce > Türkçe [iletmeyi çevir](#)

[İngilizce için kapat](#) x

Dear Rahime Yontem,

Thank you for using our instrument. We use Likert Scale 1-4, the greater of the score shows the more uncomfortable it is. Please if you want to change the word "death".

Regards,

Dr. Tuti Nuraini, SKp., M.Biomed.

Manager of Student and Alumni Affairs

Faculty of Nursing Universitas Indonesia