BİREY MERKEZLİ PERİOPERATİF HEMŞİRELİK ÖLÇEĞİ (PCPON): TÜRKÇE'YE UYARLAMA, GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Nadide Yılmaz Esenboğa
181502201

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Seher Yurt

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Ocak, 2022

BİREY MERKEZLİ PERİOPERATİF HEMŞİRELİK ÖLÇEĞİ (PCPON): TÜRKÇE'YE UYARLAMA, GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Nadide Yılmaz Esenboğa
181502201
Orcid: 0000-0001-9922-0254

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Seher Yurt

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Ocak, 2022



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim süresince bilgi ve desteğini esirgemeyen, kıymetli katkılarıyla bana rehberlik eden, hem kişilik hem akademik deneyimlerini örnek aldığım tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Seher Yurt'a,

Lisans ve yüksek lisans eğitim süresince ilgisini esirgemeyen, her koşulda desteği ve yardımı ile güç bulduğum Dr. Öğr. Üyesi Hale Tosun ve PhD. Ayşe Tosun'a,

Mesleki eğitimimde üzerimde emeği olan Prof. Dr. Aysel Gürkan ve bilgileriyle tezime katkıda bulunan Prof. Dr. Hasibe Kadıoğlu'na,

Araştırmamı hazırlama sürecinde çeviri-geri çeviri yapan ve uzman görüşü için destek aldığım öğretim üyelerine,

Araştırmamın yürütülmesi aşamasında destek ve yardımlarını esirgemeyen ameliyathane hemşirelerine,

Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasına izin veren Soyeung Shin ve Jiyeon Kang'a,

Hayatımın her anında ilgisini, sevgisini, fedakarlığını ve arkamda var olduklarını hissettiren annem Fatma Yılmaz ve babam Mehmet Yılmaz'a,

Hayatıma girdiği vakitten itibaren sevgi, saygı ve hoşgörü ile yanımda olan, araştırmamın her aşamasında motivasyonumu yükselten sevgili eşim Cem Esenboğa ve Esenboğa ailesine,

sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Nadide Yılmaz Esenboğa

Ocak 2022

ÖZ

BİREY MERKEZLİ PERİOPERATİF HEMŞİRELİK ÖLÇEĞİ (PCPON): TÜRKÇE' YE UYARLAMA, GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Nadide Yılmaz Esenboğa
Yüksek Lisans Tezi
Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Seher Yurt
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2022

Bu araştırma; Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'ni Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Metodolojik tipte gerçekleştirilen araştırma, İstanbul ilinde bulunan dört kamu hastanesinin ameliyathane ünitesinde Ekim 2021-Kasım 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın çalışma evreninden olasılıksız rastlantısal örneklem yöntemiyle seçilmiş ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 256 ameliyathane hemşiresine ulaşılmıştır. Veriler, 'Hemşire Sosyodemografik ve Mesleki Tanıtım Formu' ve 'Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği' kullanılarak toplanmıştır. Geçerlilik analizinde kapsam, yüzey ve yapı geçerliliği; güvenirlik analizinde madde analizi, iki yarıya bölme, Cronbach alpha ve Omega katsayıları kullanılmıştır. Ölçeğin çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılarak dil uyarlaması sağlanmıştır. Kapsam Geçerlilik İndeksi 0.97 bulunmuştur. Kaiser-Meyer-Olkin değeri 0.85; Bartlett's değeri x2=2062.99, p<0.00 hesaplanmıştır. Model uyum incelemesinde $\chi 2$ (CMIN/DF)=2.12 ile mükemmel uyum; GFI=0.88, AGFI=0.84, CFI=0.91, RMSEA= 0.07, RMR=0.06, NFI=0.84, TLI=0.89 ve IFI=0.91 ile kabul edilebilir uyum gösterdiği saptanmıştır. Spearman Brown katsayısı 0.92; Cronbach Alpha 0.86 ve Omega katsayısı 0.88 bulunmuştur. Sonuç olarak; Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin Türk dili ve kültürüne uygun, geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Birey merkezli bakım, Perioperatif Hemşirelik, Ölçek geliştirme, Geçerlilik güvenilirlik, Türkçe uyarlama

ABSTRACT

PERSON CENTERED PERİOPERATİVE NURSİNG SCALE (PCPON): THE STUDY OF ADAPTATİON TO TURKİSH, VALİDİTY AND RELİABİLİTY

Nadide Yılmaz Esenboğa
Master Thesis
Department of Interdisciplinary Nursing
Surgical Nursing Programme
Thesis Advisor: Asst. Prof. Seher Yurt
Maltepe University Postgraduate Education Graduate School, 2022

This study was conducted to test Turkish validity and reliability of Person Centered Perioperative Nursing Scale. The study in methodological type was carried out in operating room unit of four public hospitals in Istanbul between October-November 2021. 256 operating room nurses who were selected from study population using non-probability random sampling method and met the inclusion criteria were reached. Data were collected using 'Nurse Sociodemographic and Professional Introduction Form' and 'Person Centered Perioperative Nursing Scale'. Content, surface and construct validity were used in validity analysis and; item analysis, split-half, Cronbach alpha and Omega coefficients were used in reliability analysis. Language adaptation was ensured by using translation-back translation method. The Content Validity Index was found as 0.97. Kaiser-Meyer-Olkin value was calculated as 0.85 and Bartlett's value was calculated as 2062.99, $p<0.00$. It was found that excellent fit with chi-square fit statistics/degree of freedom (CMIN/DF=2.12) and acceptable fit with GFI=0.88, AGFI=0.84, CFI=0.91, RMSEA=0.07, RMR=0.06, NFI=0.84, TLI=0.89 and IFI=0.91. Spearman Brown coefficient was 0.92; Cronbach Alpha was 0.86 and Omega coefficient was 0.88. As a result; it has been determined that Person Centered Perioperative Nursing Scale is a valid and reliable scale and suitable for Turkish language and culture.

Keywords: Person-centered care, Perioperative nursing, Scale development, Validity reliability, Turkish adaptation

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZ v
ABSTRACT vi
İÇİNDEKİLER vii
TABLOLAR LİSTESİ x
ŞEKİLLER LİSTESİ xi
KISALTMALAR xii
ÖZGEÇMİŞ xiii
BÖLÜM 1. GİRİŞ 1
1.1 Problemin Tanımı 1
1.2 Araştırmanın Amacı 5
1.3 Araştırmanın Sorusu 6
1.4 Araştırmanın Önemi 6
1.5 Araştırmanın Varsayımları 7
1.6 Araştırmanın Tanımları 7
1.6.1 Birey Merkezli Bakım 7
1.6.2 Perioperatif Hemşirelik 7
1.6.3 Ölçek Uyarlaması 7
1.6.4 Geçerlilik 7
1.6.5 Güvenirlik 8
BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER 9
2.1 Birey Merkezli Bakım 9
2.1.1 Birey Merkezli Bakım Tarihçesi 9
2.1.2 Birey Merkezli Bakım Tanımı 13
2.1.3 Birey ve Hasta Merkezli Bakım Yönetimi Arasındaki Farklılıklar 15

2.2 Perioperatif Hemşirelik 18
BÖLÜM 3. GEREÇ VE YÖNTEM 22
3.1 Araştırma Modeli 22
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı 22
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 22
3.3.1 Dahil Edilme Kriterleri 23
3.4 Veri Toplama Araçları 23
3.4.1 Hemşire Sosyodemografik ve Mesleki Tanıtım Formu 23
3.4.2 Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği (Person-Centered Perioperative Nursing-PCPON) 23
3.5 Verilerin Toplanması 24
3.6 Verilerin Analizi 24
3.7 Araştırmanın Uygulama Planı 25
3.7.1 Dil Uyarlaması 25
3.7.2 Geçerlik Çalışması 26
3.7.3 Güvenirlik Çalışması 26
3.8 Araştırmanın Güçlükleri 27
3.9 Araştırmanın Etik Yönü 27
3.10 Araştırmanın Planı ve Takvimi 28
BÖLÜM 4. BULGULAR 29
4.1 Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri 29
4.2 Psikolinguistik Değerlendirmeye Yönelik Bulgular 31
4.2.1 Dil Uyarlaması 31
4.3 Psikometrik Değerlendirmeye Yönelik Bulgular 31
4.3.1 Ölçeğin Geçerliliği 31
4.3.1.1 Kapsam (İçerik) Geçerliliği 31
4.3.1.2 Yüzey Geçerliliği (Pilot Uygulama) 33
4.3.1.3 Yapı Geçerliliği 33
4.3.2 Ölçeğin Güvenirliği 37
4.3.2.1 Madde Analizi 37
4.3.2.2 İki Yarıya Bölme 38
4.3.2.3 Cronbach Alpha ve Omega Katsayısı 39

BÖLÜM 5. TARTIŞMA 41
5.1 Dil Uyarlaması Çalışmasının Tartışılması 41
5.2 Geçerlilik Çalışmasının Tartışılması 41
5.3 Güvenirlik Çalışmasının Tartışılması 44
BÖLÜM 6. SONUÇ 47
6.1 Özet 47
6.2 Yargı 48
6.3 Öneriler 49
EK'LER 51
EK-1 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU 51
EK-2 HEMŞİRE SOSYODEMOGRAFİK VE MESLEKİ TANITIM FORMU 53
EK-3 BİREY MERKEZLİ PERİOPERATİF ÖLÇEĞİ (Türkçe Versiyonu) 55
EK-4 ÖLÇEK ORİJİNAL VERSİYON 57
EK-5 DİL GEÇERLİLİĞİ UZMAN LİSTESİ 59
EK-6 UZMAN DEĞERLENDİRME FORMU 60
EK-7 KAPSAM GEÇERLİLİĞİ UZMAN LİSTESİ 64
EK-8 ÖLÇEK KULLANIM İZNİ 66
EK-9 ETİK KURUL ONAY 67
EK-10 T.C İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZNİ 68
EK-11 ÖLÇEĞİN SON ŞEKLİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ İÇİN ATILAN MAİL 69
EK-12 ALINAN BELGELER 70
KAYNAKÇA 71

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2. 1 Hasta ve Birey Merkezli Bakım Kavramlarının Farklılıkları 18

Tablo 3. 1 Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler 25

Tablo 3. 2 Araştırmanın Planı ve Takvimi 28

Tablo 4. 1 Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri 29

Tablo 4. 2 Uzmanların Değerlendirme Sonuçları ve Kapsam Geçerlilik Oranları 32

Tablo 4. 3 Örneklem Yeterlilik Testi ve Bartlett Küresellik Testi 33

Tablo 4. 4 Birinci Düzey Çok Faktörlü Model Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri 34

Tablo 4. 5 Maddelere İlişkin İstatistik Değerleri 35

Tablo 4. 6 Madde Analizi 37

Tablo 4. 7 İki Yarıya Bölme Güvenirlik Analizi 39

Tablo 4. 8 Cronbach Alpha (α) ve Omega Katsayısı (ω) Güvenirlik Analizi 39

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4. 1 Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği Maddellerine İlişkin Path Diyagramı 36

KISALTMALAR

WHO : World Health Organization

SPSS : Statistical Package for Social Science

AMOS : Analysis of Moment Structures

PPFM : Perioperatif Hasta Odaklı Model

AFA : Açımlayıcı Faktör Analizi

DFA : Doğrulayıcı Faktör Analizi

KGİ : Kapsam Geçerlilik İndeksi

KGO : Kapsam Geçerlilik Oranı

KMO : Kaiser-Meyer-Olkin

IOM : Institute of Medicine/Tıp Enstitüsü

BMPHÖ : Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği

AORN : Association of Operating Room Nurses

ICN : International Council of Nurses/Uluslararası Hemşireler Birliği

BMB : Birey Merkezli Bakım

HMB : Hasta Merkezli Bakım

ÖZGEÇMİŞ

Nadide Yılmaz Esenboğa

Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı

Eğitim

Y.Ls.	2022	Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Y.Ls., 3,79/4
Ls.	2016	Marmara Üniversitesi, Atatürk Eğitim Fakültesi, Pedagojik Formasyon Sertifika Programı, 93/100
Ls.	2016	Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 3,94/4
Lise	2011	Nuri Cıngıllıoğlu Lisesi, Fen Bilimleri Alanı, 90,52/100

İstihdam

2016- 20	Yoğun Bakım Hemşiresi. Bayek A.Ş Bayındır Hastanesi

Dernek Üyelikleri

2021	Üye: Türk Hemşireler Derneği

Alınan Ödüller

2016	Yüksek Onur Belgesi (Dönem 1.ciliği)
2011	Yüksek Onur Belgesi (Dönem 1.ciliği)

Alınan Belgeler

‘Temel Düzey SPSS Eğitimi’, İSTAR Araştırma Eğitim, 2021
‘AMOS Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Eğitimi’, İSTAR Araştırma Eğitim, 2021

BÖLÜM 1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı

Günümüz koşullarında iş hayatı ve rekabet koşulları hızla değişmektedir ve bu değişime sağlık kurumları uyum sağlaması son derece önemlidir (Erdoğan ve Kırılmaz, 2020). 20. yüzyılda tıbbi pradigma, hastalık merkezli yaklaşımlardan uzaklaşarak hasta merkezlilik yaklaşımına geçiş yapmıştır (Kang ve ark., 2018). Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO), hastaların ihtiyaçlarını ve beklentilerini karşılayan sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı vurgulamıştır (WHO, 2000). ABD Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM), sağlık profesyonellerinin koordineli ekip çalışması, kanıta dayalı uygulama, kalite iyileştirme ve bilişim yetenekleri vurgulamanın yanı sıra hasta merkezli bakım sunmanın da önemini vurgulamıştır (Arslanoğlu ve Kırılmaz, 2019). Bu değişiklikler aynı zamanda hemşirelik alanını da etkilemektedir ve birey merkezli bakıma ilgi artmaktadır (Kang ve ark., 2018).

Literatürde 'birey merkezli' ve 'hasta merkezli' kavramı birbirinin yerine de kullanılmaktadır (Morgan ve Yoder, 2012). Hastanelerde hasta merkezli kavramı daha çok tercih edilirken huzurevlerinde yerleşik merkezli bakım kavramı tercih edilmektedir (Kang ve ark., 2018; Van Haitsma ve ark., 2014). Hasta merkezli kavramı, kişiyi nesneleştirdiği için 'birey merkezli' kavramı kullanılması önerilmektedir (Ekman ve ark., 2011; Shin ve Kang, 2019). Birey terimi; insanlığın niteliklerini, nasıl hareket ettiğini ve kendi hayatını nasıl inşa ettiğini temsil etmektedir (Arakelian ve ark., 2017). Mounier (1952) yapmış olduğu çalışmasında birey kavramını; insanların içindeki bilinmeyeni bulma çabası 'hareket-itici güç' olarak tanımlamıştır. Bu bilgiye paralel olarak, birey kendini bulmaya çalışırken kendi davranışında kendisini anlayacaktır. Böylece, bireylerin kendilerini bulma sürecinde onlara saygı duyulmalı ve değer verilmelidir (Olsson ve ark., 2013; Arakelian ve ark., 2017). Birey merkezli hemşirelik kavramının sağlık alanında uzun bir tarihi vardır. Bu kavramın kökeni 'hastalığa değil, hastaya odaklanarak bakımı tıptan ayıran 'Florence Nightingale'e kadar uzanmaktadır (Pfettscher, 2006; Morgan ve Yoder, 2012). Hemşirelikte birey merkezli terimi; insan onuru ve kişiliğinin kabulüne dayanmaktadır. Hastanın bireysel özelliklerine, ihtiyaçlarına odaklanarak kaliteli

hemşirelik bakımının sağlanacağı söylenebilir (Sidani ve ark., 2014; Lusk ve Fater, 2013; Pfettscher, 2006).

Hasta merkezli bakım (Patient Centered Care-PCC) ve birey merkezli bakım (Person Centered Care-PCC) olmak üzere iki temel bakım kalitesi yöntemi bulunmaktadır. Bu iki yöntem benzer ancak birbirinden farklı yönleri vardır (Boz ve Akgün, 2019).

Hasta merkezli bakım (HMB), hasta ile klinisyen arasındaki iki yönlü bir etkileşim kuran bir yaklaşımdır (Epstein ve ark., 2010). Hastaların değer ve tercihlerini keşfetmeye, uygun bakımın alınmasında kolaylaştırıcı rol oynamaya, klinik karar verme sürecinde hastalara ve yakınlarına yardımcı olmaya ve gerekli davranış değişikliklerini desteklemeye dayanır (Şahin ve İğde, 2014). Hasta merkezli olma kavramı, biyo-medikal modelden biyo-psikososyal modele geçişte ortaya çıkmıştır. Biyomedikal model, anatomik, biyokimyasal ve nörofizyolojik yaralanmaların neden olduğu patofizyolojik nedenlere dayanarak hastalıkları açıklarken; hastalığın sosyal, psikolojik ve davranışsal yönlerini göz ardı etmektedir (Morgan ve Yoder, 2012). Dolayısıyla bu yöntemde hastanın holistik değerlendirmesinin olmadığı, manevi değerlerin ve bireysel farklılıkların göz ardı edildiği görülebilmektedir. Biyo-medikal görüşe bir tepki olarak birey merkezli bakım geliştirilmiştir (Bulduk ve ark., 2015).

Birey merkezli bakım (BMB), saygılı ve bireyselleştirilmiş bakım sunmaya yönelik bütüncül (biyo-psikososyal-manevi) bir yaklaşımdır (Boz ve Akgün, 2019). Bu yaklaşımda terapötik yöntem kullanılarak, bireylerin kendi sağlık bakım süreçlerine aktif katılmasını ve karar vermesini sağlamaktadır (Delaney, 2018; Morgan ve Yoder, 2012). Bireyin gerçek ihtiyaçlarına nasıl cevap vereceğini bütüncül bir yaklaşım ile çözümlemektedir (Delaney, 2018; Ceylan, 2014). Psikolojik, manevi ve sosyal etkiyi dikkate alarak, bireylerin değer ve tercihlerini ortaya çıkarmaktadır. Bireyselleştirilmiş, saygılı, holistik ve bireylerin kendi bakımına katkıda bulunarak güçlendirici kaliteli sağlık bakımı sunmaktadır (Papastavrou ve ark., 2015; Olsson ve ark., 2013).

Perioperatif hemşirelik; ameliyat öncesi (preoperatif), ameliyat dönemi (intraoperatif) ve ameliyat sonrası (postoperatif) bakım veren hemşirelik olarak kabul edilmektedir (AORN, 2015). Perioperatif hemşirelik alanında, Rothrock ve Smith (2000) tarafından Perioperatif Hasta Odaklı Model (Perioperative Patient Focused Model-

PPFM) önerilmiştir ve bu model dört alandan oluşmaktadır. Bunlar hasta güvenliği, davranışsal yanıt, fizyolojik yanıt ve sağlık sistemidir. Hasta güvenliği, davranışsal yanıt, fizyolojik yanıt alanları; hastaların ameliyat öncesi, ameliyat dönemi ve ameliyat sonrası ihtiyaçlarını en iyi şekilde açıklamaktadır. Son olarak sağlık sistemi alanı ise, ekipmanlar ve sarf malzemeleri gibi hasta merkezli hemşirelik bakım uygulamaları için çevrede olması gereken gerekli unsurları içermektedir (Rothorck ve Smith, 2000). Bu modele göre hemşirenin hastayı karar alma süreçlerine dahil etmesi, hastayı yetkilendirmesi ve hastayı eğitmesi gibi perioperatif hemşirelik uygulamalarını gerçekleştirmesi önerilmektedir (Lones, 2011). Perioperatif bakım konusu Ameliyathane Hemşireleri Birliği (Association of Operating Room Nurses) tarafından 1978 yılında Amerika'da ilk kez şekillendirilmiştir ve günümüzde adı The Association of Perioperative Registered Nurses (AORN) olan bu kurum PPFM'ye dayalı perioperatif hemşirelik standartlarını geliştirecek birey merkezli perioperatif bakımın verilmesini desteklemiştir (AORN, 2015). AORN standartlarına göre perioperatif hemşireler, hastaların fizyolojik, sosyal, kültürel ve ruhsal gereksinimlerini karşılayabilecek kişileştirilmiş bir bakım planı geliştirmelidir. Bu bakım planını geliştirirken ve uygularken hastanın hedeflerine değer vermeli, tercihlerine saygı göstermelidir (Blomberg ve ark., 2018).

Cerrahide ilerlemiş teknoloji ve modern ekipmanların kullanımı hasta üzerinde oluşacak komplikasyonları azaltmış ve ameliyat sonrası iyileşmeyi hızlandırmıştır (Hohenberger ve Delahanty, 2015). Ancak ameliyat sonrası iyileşmeyi geciktirecek diğer faktör ise; cerrahi girişimin hasta üzerindeki duygusal, ruhsal etkileridir ve ameliyathane hemşireleri tarafından göz ardı edildiği düşünülmektedir (Yeşilyaprak ve Özşaker, 2018; Mazurenko ve ark., 2015). Yabancı bir ortamda bulunma stres faktörü iken hastanın cerrahi girişim geçirecek olması orta derece bir stres faktörüdür (Mazurenko ve ark., 2015). Ameliyatın neden olduğu stres sürecinde, fizyolojik (kan kaybı, anestezi indüksiyonu, ameliyat masasında hareketsizlik gibi) ve psikolojik (anksiyete, korku gibi) stresörler rol oynamaktadır (Candan ve Özbayır, 2008). Yoğun anksiyete ile baş edemeyen hastada sempatik sinir sistemi ve hipofiz bezi uyarılarak kardiyovasküler, metabolik değişiklikler ortaya çıkmaktadır (Fındık ve Topçu, 2015). Bu durum; ameliyat sonrası ağrı, genel anksiyete gibi komplikasyonlara yol açmaktadır ve hastanın iyileşmesini geciktirmektedir (Fındık ve Topçu, 2015; Ay ve Alpar, 2010). Ameliyathane hemşireleri bu psikolojik ve ruhsal risk faktörleri göz ardı edip, hastanın var olan fiziksel

sağlık problemi ile ilgilenmektedir (Türkmen ve Uslu, 2011). Perioperatif hemşireler hastaların bireyselliğine ve otonomisine saygı duyarak vereceği birey merkezli bakım, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası stresin olumsuz etkilerini azaltacak ve iyileşmeyi hızlandıracaktır (Acaroğlu ve ark., 2007). Birey merkezli bakım, perioperatif hemşirelik uygulamasında kaliteyi iyileştirmek ve bakım standartlarımızın merkezinde yer alması gereken kilit bir faktördür (Sundqvist ve ark., 2018).

Perioperatif alanda birey merkezli bakım uygulandığında, hastanın hızlı iyileşmesini sağlayacak, hasta memnuniyetini artıracaktır. Hastanede kalış süresini kısaltarak tıbbı harcama maliyetini düşürecektir (Delaney, 2018; Meterko ve ark., 2010; Charmel ve Frampton, 2008). Ekman ve ark. (2011) birey merkezli bakımın uygulamasını kolaylaştırmak için üç rutinden bahsetmektedir. Bunlar; hasta anlatılarını dikkate alarak ortaklığın başlatılması, ortak karar vererek ortaklıkta çalışmak ve anlatıları belgeleyerek ortaklığı korumaktır (Ekman ve ark., 2011). Bu bilgilere paralel olarak, ameliyat öncesi dönemde hastanın biyo-psikososyal-manevi ihtiyaçları dikkate alınarak, hemşirelik bakımında karar alma süreçlerine dahil edilerek, bireyselleştirilmiş eğitim verilerek, hastanın anksiyetesi azalacaktır (Bergström ve ark., 2018; Spruce, 2015; Heggland ve Hausken, 2013). Ameliyat döneminde hastanın vermiş olduğu kararları ve değerleri göz önünde bulundurarak sağlık bakım kalitesini ve hasta güvenliğini artıracaktır (Bergström ve ark., 2018; Yıldırım ve ark., 2013). Ameliyat sonrası dönemde oluşacak komplikasyonları (cerrahi alan enfeksiyonları, postoperatif ağrı, emosyonel sıkıntılar) ve mortaliteyi azaltarak klinik bakımı geliştirecektir (Olsson ve ark., 2013). Bu yararlar göz önüne alındığında; geleneksel bakım yaklaşımlarının ötesinde sağlık bakım kalitesine ulaşmak ve sürdürmek için perioperatif alanda birey merkezli yaklaşımın hemşirelik bakım uygulamalarına entegre edilmesi önerilmektedir (Çopur ve Emiroğlu, 2017; Toru, 2020).

Literatür tarandığında birey merkezli bakıma ilişkin öneriler, derlemeler ve makaleler bulunmaktadır. Yurt dışı çalışmalarında demans bakımı, onkolojik bakım, yoğun bakım ve perioperatif bakım dahil olmak üzere çeşitli klinik ortamlarda birey merkezli bakıma vurgu yapan çalışmalar yer almaktadır (Radwin ve ark., 2009; Edvardsson ve ark., 2010; Kang ve ark., 2018). Ülkemizde ise Boz ve Akgün (2019) infertilitede bakım, Bulduk ve ark. (2015) yaşlılarda acil bakım, Toru (2020) bireyselleştirilmiş bakım olmak üzere farklı klinik departmanlarda birey merkezli

bakımın önemini vurguladığı çalışmalar yayınlamıştır fakat perioperatif hemşirelik alanında birey merkezli bakıma yönelik bilimsel çalışmalara rastlanılmamıştır.

Birey merkezli hemşireliğe olan ilgi arttıkça, yurt dışında ölçmek için çeşitli nicel araçlar geliştirilmiştir. Suhonen ve ark. (2000) tarafından geliştirilen Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği [Individualised Care Scale-ICS], Edvardsson ve ark. (2010) tarafından geliştirilen Kişi Merkezli Bakım Değerlendirme Aracı [Person Centred Care Assessment Tool-PCAT], Kang ve ark. (2018) tarafından geliştirilen Birey Merkezli Yoğun Bakım Hemşirelik Ölçeği [Person Centered Critical Care Nursing-PCCN] bulunmaktadır ve bu nicel ölçüm araçları sağlık sistemine entegre edilmiştir (Kang ve ark., 2018; Edvardsson ve ark., 2010; Suhonen ve ark., 2000). Ülkemizde ise Atar ve Aştı (2012) tarafından Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği [BOHHEÖ] ve Arslanoğlu ve Kırılmaz (2019) tarafından Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği [HMBY] ölçeğinin Türkçe'ye uyarlama geçerlilik ve güvenirlik çalışması bulunmaktadır fakat birey merkezli perioperatif hemşireliğini nicel olarak ölçmek için bir araç bulunmamakta ve uygulanmamaktadır.

Bu bağlamda perioperatif hemşirelik alanında birey merkezli bakımı değerlendirebilmek için ölçüm araçlarına ihtiyaç vardır. Perioperatif alanda birey merkezli hemşireliğin anlaşılması ve uygulanabilmesi için kullanılabilecek geçerliği ve güvenirliği test edilmiş ve perioperatif alanda birey merkezli bakımı belirleyecek bir ölçüm aracına gereksinim duyulmaktadır.

Bu araştırmada, Soyeung Shin ve Jiyeon Kang tarafından Güney Kore'de Busan şehrinde Dong-A Üniversitesi'nde geçerlik ve güvenirliği yapılmış (2019) olan Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin (Person-Centered Perioperative Nursing-PCPON) psikolinguistik ve psikometrik özellikleri değerlendirilerek, Türk dili ve kültürüne uygunluğunun incelenmesi amaçlanmıştır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu araştırma; Soyeung Shin ve Jiyeon Kang (2019) tarafından geliştirilen Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin (Person-Centered Perioperative Nursing-PCPON) Türkçe'ye uyarlama çalışmaları kapsamında, geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi amaçlanmıştır (EK-4).

1.3 Araştırmanın Sorusu

Araştırmada cevaplanması istenen sorular şunlardır:

- Türkçe uyarlaması yapılan Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği geçerli midir?
- Türkçe uyarlaması yapılan Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği güvenilir midir?

1.4 Araştırmanın Önemi

Günümüzde cerrahi girişimler hastalığın tedavisinde sık kullanılan bir yöntemdir (Eyi ve ark., 2016). Cerrahi girişim geçirecek hasta, ameliyathane hemşireleri ile kısa süre de olsa etkileşimde bulunmakta ve hastanın bakımını etkilemektedir (Candan ve Özbayır, 2008). Ameliyat öncesi dönemde hastalar ile iletişimi az olan ameliyathane hemşireleri bakımın birey etrafında tasarlanması gerektiğinin farkında olmadığı düşünülmektedir (Baker, 2017).

Ameliyat için hastaneye yatan hastalar, yabancı bir ortamda bulunduğu için kaygı ve endişeleri artmaktadır. Ameliyathane ortamında ailesi bulunmadığı için yalnızlık çekmekte, anestezi sonrası bilişsel kontrolünü sağlayamayacağı, karar veremeyeceği için korku duymakta ve cerrahi girişim sonrasında vücut bütünlüğünün bozulacağını düşünerek stres yaşamaktadır (Yeşilyaprak ve Özşaker, 2018; Mazurenko ve ark., 2015). Ameliyathane hemşireleri bu ruhsal risk faktörlerini göz ardı edip, hastalığın tedavisinde geleneksel protokolleri kullanmaktadır (Türkmen ve Uslu, 2011). Hastaların duygusal, fiziksel, psikolojik ve ruhsal gereksinimlerinin bilinmesi kaliteli perioperatif hemşirelik uygulanmasını sağlayacaktır (Bergström ve ark., 2018). Bu bilgiler ışığı altında, perioperatif hemşireler bu konu hakkında bilgili olması, hasta bakım sürecinde saygılı olması, hastanın konforunu sağlaması, bilgi aktarması ve şefkatli etkileşimi ile ameliyat sonrası hasta üzerinde oluşabilecek komplikasyonları azaltarak iyileşmeyi hızlandıracaktır. Perioperatif hemşireler bilgili olmalı, hemşirelik bakımında kanıta dayalı rehberlerin önerilerini uygulamalıdır.

Ameliyat olan hastalarda birey merkezli bakımın önemini sağlayarak; ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası hemşirelik bakım girişimlerine katkı sağlayacaktır. Birey merkezli perioperatif hemşirelik güncel ve yeni konu olması bu çalışma ile ameliyathane ve cerrahi hemşirelerinin konuya dikkatini çekerek perioperatif alanda birey merkezli bakımın anlaşılmasına ve uygulanmasına katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmanın sonuçları Türk hemşirelik literatürüne ve birey merkezli bakım kalitesine, Türk toplumuna uygun geçerli ve güvenilir 'Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği' kazandıracağı ve olumlu katkıları olacağı düşünülmektedir.

1.5 Araştırmanın Varsayımları

Soyeung Shin ve Jiyeon Kang tarafından Güney Kore'de Busan şehrinde Dong-A Üniversitesi'nde geçerlilik ve güvenirliliği yapılmış (2019) olan Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin kültüre uygun psikolinguistik ve psikometrik çalışmalarına katkı sağlayacağı ve katılım sağlayanların doğru cevaplayacakları varsayılacaktır.

1.6 Araştırmanın Tanımları

1.6.1 Birey Merkezli Bakım

Bireyin değerlerinin ve tercihlerinin ortaya çıkartılması, gerçekçi yaşam ve sağlık hedeflerini destekleyerek sağlık hizmetlerinin tüm yönlerine bütüncül (biyo-psikososyal-manevi) bir yaklaşım ile rehberlik etmesidir (Li ve Porock, 2014).

1.6.2 Perioperatif Hemşirelik

Ameliyat öncesi (preoperatif), ameliyat dönemi (intraoperatif) ve ameliyat sonrası (postoperatif) bakım veren hemşirelik olarak kabul edilmektedir (AORN, 2015).

1.6.3 Ölçek Uyarlaması

Bir kültürde geliştirilen ölçeğin farklı dil ve kültürlerde uygulanabilir olması için yapılan sistematik hazırlıklar aşamasıdır (Çapık ve ark., 2018).

1.6.4 Geçerlilik

Bir ölçeğin istenilen özelliği ölçme ve diğer özelliklerinin etkilerine kapalı kalarak yani onların etkilerini ölçümlere yansıtmadan yapma derecesidir (Ercan ve Kan, 2004).

1.6.5 Güvenirlik

Bir ölçme aracının hatalardan arınmış olarak ölçme yapabilme yeteneğidir (Ercan ve Kan, 2004).

BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER

2.1 Birey Merkezli Bakım

Birey odaklı bakım son yıllarda ilgi çeken ve üzerinde durulan güncel bir kavramdır. Bakım ve tedavi sürecinin her aşamasında bireyi merkeze alarak, uygulamalarının bütün basamağında bireyi dahil eder (Çopur ve Emiroğlu, 2017). Bu yazıda birey merkezli bakımın tarihçesi, birey merkezli bakım kavramının tanımı, birey ve hasta merkezli bakım yönetimi arasındaki farklılıklar ile ilgili bilgi verilecektir.

2.1.1 Birey Merkezli Bakım Tarihçesi

Birey merkezli bakımın tarihçesi, Florence Nightingale'e kadar uzanan köklü bir geçmişe sahiptir (Pfettscher, 2006; Morgan ve Yoder, 2012). Florence Nightingale hastalığa değil hastaya odaklanılması gerektiğini vurgulayarak hemşirelik uygulamalarını tıptan ayırmış ve birey merkezli bakımın kökenlerine değinmiştir (Lauver ve ark., 2002).

Psikanaliz ve davranışcı kuramlardan farklı görüş içeren hümanist kuramın ilk basamaklarını oluşturan Carl Rogers; insanı anlayarak harekete geçmesini ve gelişmesine öncülük ederek birey merkezli terapiyi 1940 yılında ortaya koymuştur (Gürcan, 2015). Psikoterapi alanında bireyi merkeze alarak içgörü kazandırmaya ve hedeflerine fayda sağlayacak karar almasına yardımcı olan yenilikçi bir yaklaşımdan bahsetmiştir (Bilge, 1997). Amerikalı bir psikolog olan Carl Rogers birey merkezli yaklaşımın kurucusu olarak 1940-1980 yıllarında anılmaktadır ve tarihsel süreci dört dönemden oluşmaktadır (Anderson, 2001). Birinci dönem; 1940'li yılları kapsayan teorisinin temelinde terapistin yönlendirici yöntemi yerine yönlendirici olmayan psikolojik danışma yöntemini kullanmıştır (Joseph, 2020). Bireyin iç dünyasında kendisini anlamlandıran doğal bir gelişim olduğunu, bireylerin kendi kendini iyileştirebilme gücüne sahip olduğu ve mevcut sorunlarla baş ederken doğal gelişimin otomatik olarak gerçekleşerek zorluklarla baş edebileceğinden bahsetmektedir (Anderson, 2001; Bilge, 1997). İkinci dönem; 1950'li yılları kapsayan teorisinin temelinde yönlendirici olmayan yöntemlerin yanı sıra bireye

odaklanan fenomenolojik yaklaşım yöntemini kullanmıştır (Felder ve Robbins, 2021; Bilge, 1997). Fenomenolojik yaklaşıma göre bireyin kendisini anlayabilmesi için içsel algısını ve tutumlarını bilmesi gerektiğini savunmaktadır (Felder ve Robbins, 2021). Kendi özünü bilen bireyi değişime iten ana motivasyon kaynağı ise kendi kendini gerçekleştirebilme gücüne inancı olması gerektiğine değinmiştir (Rogers, 1961). Üçüncü dönem; 1960'li yılları kapsayan dönemde Rogers ve arkadaşları birey merkezli yaklaşımın ana unsurlarını oluşturan varsayımları sınamaya çalışmışlardır (Joseph, 2020). Bu varsayımlara göre, birey ve terapist arasındaki ilişkinin kaliteli olması gerektiğini savunmuş ve terapinin bu unsurlara dikkat ederek gerçekleşmesi gerektiğini vurgulamıştır (Savite, 2020). Dördüncü dönem; 1980'li yıllardan günümüze kadar gelen son dönemi kapsamaktadır (Joseph, 2020). Son dönemde Rogers, birey ile sağlıklı iletişime geçebilmenin temel yapı taşının empati olduğundan bahsetmiştir (Maeker ve Maeker-Poquet, 2020). Birey merkezli yaklaşımın kullanım alanı genişleyerek birey üzerinde, aile yaşantısında, eğitim hayatında ve sağlık alanlarında işlevselliğini sürdürmüştür (Swan ve ark., 2020).

Birey merkezli bakım yaklaşımı, 1960'larda Macar doğumlu bir İngiliz psikanalist olan Michael Balint tarafından vaka tartışma seminerleri düzenlerken ortaya çıkmıştır (Hamadeh ve ark., 2011). Micheal Balint tarafından Balint grup tekniği kullanılmakta ve tekniğe göre vaka sunumu seminerleri sırasında bireylerin öznel içeriklerine vurgu yapılmaktadır (Elder, 2017). Balint grup tekniğinin amacı; kişilerarasında, sağlık profesyonelleri arasında ve eğitim hayatında iletişim zorluklarının azaltılması ve empatik yeteneklerin geliştirilmesini sağlayarak bireylere yardımcı olmaktır (Airagnes, 2017). Michael Balint vefatından sonra bu yöntem eşi Enid Balint tarafından ele alınarak geliştirilmiştir (Fitzgerald ve Hunter, 2003). Elind Balint ise, sağlık profesyonellerin bireylerin tedavisi ve bakımı sürecinde nasıl iletişim kurması gerektiğini vurgulamıştır (Balint, 1969). Elind Balint görüşlerine göre birey merkezli bakım, bireyi eşsiz bir insan gibi algılayarak ve bireye özgü gereksinimleri belirleyerek bakım verilmesi gerekliliğini belirtmiştir (Yazdankhahfard ve ark., 2019). Balint'in çalışmalarına dayanarak Lipkin ve arkadaşları 1984 yıllında birey merkezli bakımın uygulanabilmesi için sağlık profesyonellerinin birey merkezli bakım konusunda uzmanlığının olması gerektiğini, hastalıkları biyopsikososyal yönden ele alarak bireyin

anksiyetesini azaltmasını hedeflediği ve birey ile etkileşim esnasında güven vermesi gerektiğinden bahsetmiştir (Lipkin ve ark., 1984).

Moira Stewart tarafından 1995 yılında yayınlanan 'Hasta Merkezli Tıp' kitabında, sağlık profesyonelleri klinikte kaliteli birey odaklı bakım verici olabilmesi için birey merkezli bakımın bileşenlerine hâkim olması gerektiğini ele almıştır (Stewart ve ark., 2013). Kitabın ikinci kısmında yer alan bölümde, birey merkezli bakımın klinikte pratik bir şekilde kullanılabilmesi için altı unsur açıklamıştır. Bu unsurlar; hem bireyi hem de bireyin deneyimini keşfetmek, bireyi bir bütün olarak algılamak, bireyle ortak bir düşüncede buluşmak, koruyucu sağlık hizmetini geliştirmek, birey ile sağlık profesyonelleri arasında bağlantıyı kurmak ve güveni alt yapıya katarak gerçekçi olmaktır. Bu altı bileşenleri hastane ortamında kullanmasının sağlık profesyonelleri açısından rehber olacağını vurgulamıştır (Ford, 2004; Entwistle ve Watt, 2013). Stewart ve ark. (2000) yapmış olduğu çalışmasında klinikte hasta merkezli bakım yaklaşımında hasta görüşme süresinin dokuz dakika ve üzeri olması gerektiğini savunmuştur. Hastaya ayrılan süre ne kadar uzun olursa, birey ile sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimin güven sağlayacağından bahsedilmiştir (Stewart ve ark., 2000).

Hasta merkezli bakım terimini tanımlamak için birçok çalışmalar yapılmış, bu çalışmalardan en etkili olanı Picker Milletler Topluluğu modeli olduğu bilinmektedir (Shaller, 2007). Picker-Commonwealth hasta merkezli bakım programı, 1987 yılında James Picker vakfın desteği ile Commonwealth Fund tarafından başlatılan girişimdir (Beatrice ve ark., 1998). Picker-Commonwealth programı; hasta merkezli bakım konusunda güncel araştırmalar yapan, yeni bir alanı nasıl ileriye taşıyabileceğini düşünerek hizmet veren ve daha iyi sağlık hizmeti sunabilmek için odak noktasına hastaların gereksinimlerini alarak yedi boyut tanımlanmıştır (Cleary ve ark., 1993). Bu boyutlar; hastanın tercihlerine, değerlerine ve gereksinimlerine saygı; bakımın entegrasyonu ve koordinasyonu; bilgi, iletişim ve eğitim; fiziksel rahatlık; duygusal destek ve anksiyetenin hafifletilmesi; ailenin ve arkadaşların katılımı; geçiş ve sürekliliktir. Bu program, hasta merkezli bakımı uygularken yalnızca sağlık profesyonelleri ile hastalar arasında kişiler arası düzeyde değil, aynı zaman da ailenin ve arkadaşlarının katılımını sağlayarak organizasyon düzeyinde de gerçekleşmesini hedefleyen ilk program olarak bilinmektedir (Millenson ve ark., 2016).

Birey merkezli bakım kavramı 1990'lardan itibaren sıklıkla literatürde bahsedilmiş fakat kavram analizi geliştirilmemiştir (Slater, 2006). Birey merkezli bakım tanımı ve bileşenleri açıklığa ulaşması için Mead ve Bower 2000 yılında literatür taraması yaparak, birey merkezliliğin beş boyutunu içeren kavramsal çerçeve yayınlamıştır. Bu kavramsal çerçeve; biyopsikososyal bakış açısı, kişi olarak hasta, kişi olarak sağlık profesyonelleri, paylaşılan sorumluluk ve terapötik ittifak olarak bileşenleri boyutlandırılmıştır. Bu boyutları uygularken, sağlık profesyonelleri her bireyin benzersiz gereksinimlerini biyopsikososyal çerçeve içinde anlayarak, karar verme süreçlerine dahil edip sorumluluğu paylaşarak ve yeterli zaman geçirerek sağlıklı ilişkiler kurmaya odaklanması gerekliliğini savunmuştur (Mead ve Bower, 2000).

1 Mart 2001'de IOM, 'Kalite Uçurumunu Aşmak: 21. Yüzyıl için Yeni Bir Sağlık Sistemi' adlı bir çalışma yayınlamıştır. Bu çalışma Amerika'daki Sağlık Bakım Kalitesi Komitesi tarafından hazırlanan ikinci ve son rapor olarak bilinmektedir (Ball ve Balogh, 2016). Bu son rapor on yıl içinde daha güçlü bir sağlık sistemi inşa etmek için altı eylem planı önermektedir. Sağlık hizmetini iyileştirmeye yönelik altı eylem planı; güvenli, etkili, birey merkezli, zamanında ve adil bakım sağlamak olarak belirlenmiştir. Sağlık bakım hizmetinin kalitesini iyileştirmek için başvurulan stratejilerden bir tanesi birey merkezli bakım konusu olduğu görülmektedir. Raporun sonuçlarına göre; hastanın değerlerine yönelik özelleşmiş bakım vererek, hasta tercihlerinin sağlık sistemi kararlarına rehberlik etmesini sağlamaktır. Sağlık sistemi, en yaygın hasta gereksinimlerini karşılayacak aynı zamanda bireysel gereksinimlere de yanıt verecek biçimde organize edilmesi gerektiğini savunmuştur (Wolfe, 2001).

'Kişi merkezliliği' terimini netleştirmek için 2006 yılında Lynne Slater tarafından literatür taraması yapılarak bir kavram analizi geliştirilmiştir. Slater'ın kavram analizine göre kişi merkezlilik; hastalığa odaklanılması yanı sıra bakımın merkezinde kişiye odaklanılması ve sadece hemşirelik uygulamalarında değil tüm sağlık bakım uygulama süreçlerine dahil edilmesi olarak tanımlanmaktadır. Slater tarafınca tanımlanan nitelikler; haysiyet, saygı, özerklik ve terapötik ilişkidir. Tanımlanan özellikler; bireysellik, değerlere saygı ve güçlendirmedir. Tespit edilen sonuçlar ise; iyileştirilmiş esenlik sonuçları ve algılanan iyileşmiş ilişkiyi içermektedir. Kişi merkezliğinin belirlenen bu nitelikleri, bir kavramın netliğini yerine getirmek olarak kabul edilebilir (Slater, 2006).

Klinik ve araştırma literatürü arasında hasta merkezli bakım konusunda bir tutarsızlık olduğu için sağlık profesyonelleri tarafından hasta merkezli bakım uygulama süreci zorlaşmıştır. Bu zorluğu aşabilmek için, Jennifer Lynn Hobbs tarafınca 2009 yılında Hasta Merkezli Bakım (HMB)'ın boyutsal analizi belirlenmiştir. Açıklanan boyutsal analize göre PCC'nin etkili bir şekilde uygulanmasının merkezinde terapötik katılım yer almaktadır (Hobbs, 2009). Terapötik katılım; etkili bakım verebilmek için vakit ayırmayı, gereksinimlerinin karşılanması için bilgi uygulamalarını gerçekleştirmeyi ve hastayı tanıyarak ilişki bağı kurarak rahatsızlık öyküsü esnasında hastayı destekleyen süreç olarak tanımlanmıştır (Lutz ve Bowers, 2000). Hobbs'un çalışmasında hasta merkezli bakımın etkili bir şekilde uygulanmasının merkezinde, hemşire ve hasta arasındaki etkileşimin yer aldığı sonucu çıkarılmaktadır.

Tarihe baktığımızda 'holistik bakım, birey merkezli bakım' terimi 1940'lı yıllarda Rogers tarafından bahsedilmekte ve günümüze kadar hemşirelik bakım literatüründe de olduğu görülmektedir (Cox, 2003). Hemşireler tarih boyunca sadece fizyolojik bakım sağlayan meslek mensubu olarak değil, bireylere bütüncül bir yaklaşım ile bakım veren profesyoneller olarak anılmaktadır. Hemşirelik felsefesinde holistik bakım yaklaşımı; bireylerin gereksinimlerini ve değerlerini ön plana çıkararak bireylerin sağlığını geliştirmeyi amaçlamaktadır. Holistik bakım yaklaşımına göre hemşirelik felsefesinin temel yapısında bireye özgü bireyselleştirilmiş bakım verilmesi yer almaktadır (Papathanasiou ve ark., 2013). Bu felsefe ile ameliyat olacak hastaların bütüncül olarak değerlendirilmesi, tüm bakım sürecine katılımını sağlayarak bireyin merkeze alınması perioperatif hemşirelik bakımında son derece önem arz etmektedir (Albaqawi ve ark., 2021).

2.1.2 Birey Merkezli Bakım Tanımı

1 Mart 2001'de IOM, 'Kalite Uçurumunu Aşmak: 21. Yüzyıl için Yeni Bir Sağlık Sistemi' adlı çalışmasında birey merkezli bakım; 'bireysel hasta tercihlerine, ihtiyaçlarına, değerlerine saygı duyan ve hasta değerlerinin tüm klinik kararlara rehberlik etmesini sağlayan bakım' olarak tanımlamıştır. Bu çalışma yayınladıktan sonra birey merkezli bakım kavramının tanımı ile ilgili araştırmaların sayısında artış olduğu görülmektedir (Wolfe, 2001; Ball ve Balogh, 2016).

Birey merkezli bakım kavramı farklı araştırmalarda farklı anlamlarda ifade edilmiştir. Araştırmalarda kullanılan tanımlar incelendiğinde; hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını karşılayan kapsamlı bakım (Suhonen ve ark., 2002), profesyonel ve hasta arasında karşılıklı güven, anlayış ve kolektif bilgi paylaşımı üzerine inşa edilmiş terapötik bir bakım (McCormack, 2003), bireyselleştirilmiş, saygılı, güçlendirici ve bütünsel bakım (Walker ve Avant, 2005), hastanın haysiyetine ve özerkliğine saygılı terapötik bakım (Slater, 2006), hemşire ve hasta arasındaki etkileşimin yer aldığı ihtiyaçların karşılanmasını sağlayan etkili ve terapötik bakım (Hobbs, 2009) şeklinde ifade edilmektedir. Böylece yapılan araştırmaların kombinasyonuna göre birey merkezli bakım kavramı tanımı Morgan ve Yoder (2012) tarafından yeniden şekillendirilmiştir:

Birey merkezli bakım; saygılı ve bireyselleştirilmiş bakım sağlamak için bütünsel (biyo-psikososyal-ruhsal) bir yaklaşım olup, bireylerin sağlıkla ilgili karar alma süreçlerine katılma hakkına sahip olduğu terapötik bir ilişki aracılığıyla bakım görüşmelerine izin veren ve seçenekler sunan bakımdır (Morgan ve Yoder, 2012).

Birey merkezli bakım konusunda çok sayıda literatür olması, kavram sıklıkla sağlık politikaları araştırmalarında yer alması ve kavramın hızlı bir şekilde yayılmasına rağmen tek bir tip tanım belirlenememiştir. Bu düşünce karmaşıklığı; yalnızca birey merkezli bakım kavramının tanımı ile ilgili değil, birey merkezli bakımın birey üzerinde uygulanması ve değerlendirilmesini de kapsamaktadır (Epp, 2003). Nöropsikiyatride Klinik Değerlendirme Programı (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry-SCAN), Amerikan Geriatri Derneği (American Geriatrics Society-AGS) ve Güney Kaliforniya Üniversitesi (University of Southern Colifornia-USC) Keck Tıp Okulu'ndan disiplinlerarası uzmanlardan oluşturulan ekip; herkesin aynı dili konuşması ve ortak bir anlama sahip olması için birey merkezli bakım kavramı tanımının standartlaştırılması, kabul edilebilir parametrelerden oluşması gerektiğini savunmaktadır (Kogan ve ark., 2016; Shugarman, 2012). SCAN Vakfı, AGS ve USC'nin görüşlerine göre; birey merkezli bakım kavramının tanımı ve gerçekleştirilmesi için gerekli unsurlar açıklanmıştır:

Birey merkezli bakım; bireyin değerlerinin ve tercihlerinin ortaya çıkartılması, gerçekçi yaşam ve sağlık hedeflerini destekleyerek sağlık hizmetlerinin tüm yönlerine bütüncül bir yaklaşım ile rehberlik etmesi anlamına gelmektedir. Birey merkezli bakım;

bireyler, bireylerin yakınları ve tüm sağlık profesyonelleri arasında dinamik bir ilişki aracılığı ile iş birliği sağlamaktadır. Bu tür bir iş birliği, bireyin istekleri çerçevesinde karar verme sürecine bilgi vermektedir (Li ve Porock, 2014).

Birey merkezli bakım tanımını gerçekleştirmek için gerekli unsurlar; bireyin tercihlerine göre kişiselleştirilmiş hedef odaklı bakım planı, bireyin hedeflerinin ve bakım planının sürekli gözden geçirilmesi, bireyin ayrılmaz bir ekip üyesi olduğu profesyoneller arası bir ekip tarafından desteklenen bakım, sağlık ekibinde bir birincil veya lider temas noktası, tüm sağlık profesyonelleri arasında aktif koordinasyon, sürekli bilgi paylaşımı ve entegre iletişim, bakımı uygulayan sağlık profesyonelleri ve bakım verilen bireyler için eğitim ve öğretim, sağlık profesyonelleri ve bireylerden gelen geri bildirimleri kullanarak performans ölçümü ve kalite iyileştirmedir (Brummel-Smith ve ark., 2016).

2.1.3 Birey ve Hasta Merkezli Bakım Yönetimi Arasındaki Farklılıklar

Hasta merkezli bakım ve birey merkezli bakım olmak üzere iki temel bakım kalitesi yöntemi bulunmaktadır (Boz ve Akgün, 2019). Bu iki yöntemin benzerliği; bireyi hasta olarak ele almaları ve yaşadıkları sağlık sorunlarının yeterince tanılanmasını amaçlamalarıdır (Ekman ve ark., 2011). Yöntemler birbirine benzer görünse de aralarında nüanslar vardır (Starfield, 2011).

Hasta merkezli bakım; birey ile sağlık profesyonelleri arasında iki yönlü etkileşim kuran bir yaklaşım iken (Epstein ve ark., 2010), birey merkezli bakım; birey, bireyin yakınları ve tüm sağlık profesyonelleri arasında terapötik ilişki aracılığıyla etkileşim kuran bir yaklaşımdır (Li ve Porock, 2014).

Hasta merkezli bakım; bireyin katılımı olmaksızın sağlık profesyoneli egemenliğinde profesyonel olarak tanımlanmış geleneksel bakım protokolleri ile bakım planı hazırlayıp uygularken (Ortiz, 2018), birey merkezli bakım; hasta ile sağlık profesyoneli arasında iş birliği egemenliğinde bireylerin sağlık sorunlarının belirlenmesine de izin veren birlikte kullanabilecekleri anlaşılır, saygılı ve bireyselleştirilmiş bakım planı hazırlayıp uygulamaktadır (Edvardsson ve ark., 2010).

Hasta merkezli bakım; bireyin hastalığına odaklanarak biyo-psikososyal bakım verirken (Jakimowicz ve Perry, 2015), birey merkezli bakım; bireyin hastalığına ilişkin

deneyimlerine odaklanarak bütünsel (biyo-psikososyal-ruhsal) bir bakım vermektedir (Broderick ve Coffey, 2012).

Hasta merkezli bakım; patofizyolojik nedenlere dayanarak hastalıkları açıklarken (Jakimowicz ve Perry, 2015), birey merkezli bakım; patofizyolojik, psikolojik, sosyal, ruhsal, davranışsal ve bireysel farklılıkları göz önüne alarak hastalıkları açıklamaktadır (Bulduk ve ark., 2015).

Hasta merkezli bakım; sağlık profesyonellerinin kontrol, vizite ve takip aşaması için ziyaret ettikleri hastalarda tespit edilen problemlere odaklanıp eksikleri gidermeyi hedeflerken (Constand ve ark., 2014), birey merkezli bakım; zaman içinde sürekli bilgi paylaşımı ve entegre iletişimin devamlılığını sağlayarak hasta ile sağlık profesyoneli arasında ki ilişkilerin güçlü yönlerine odaklanıp beceri kazandırmayı hedeflemektedir (Olsson ve ark., 2013).

Hasta merkezli bakım; hastaların değer ve tercihlerini keşfetmeye, klinik karar verme sürecinde hasta ile sağlık profesyoneli arasında uzlaşmaya giderken (Şahin ve İğde, 2014), birey merkezli bakım; hastaların değer ve tercihlerini ortaya çıkartmaya, hastayı ekibin bir üyesi olarak görüp klinik karar verme sürecine bireyin aktif katılmasını ve otonomisini kullanmasını sağlamaktadır (Delaney, 2018).

Hasta merkezli bakım; bakımın temelinde uygulayıcı (sağlık profesyonelleri) merkezli olup sadece hastalığı yönetirken (Flagg, 2015), birey merkezli bakım; bakımın temelinde birey merkezli olup birey ve hastalık ile ilgili olabilecek tüm durumları holistik bir organizasyon ile yönetmektedir (Eaton ve ark., 2015).

Hasta merkezli bakım; sadece hastalığın etkilediği vücut sistemini iyileştirmeye yönelik bakım uygularken (Epstein ve ark., 2010), birey merkezli bakım; tüm vücut sistemlerinin birbiriyle ilişkili olarak görüp yaşam kalitesini arttırmaya yönelik bakım uygulamaktadır (Starfield, 2011).

Hasta merkezli bakım; somut ve fiziksel durumları tespit edip bireyin bağımlılığını azaltmaya yönelik bakım verirken (Flagg, 2015), birey merkezli bakım; somut ve fiziksel durumlarının yanı sıra kaygılarını da tespit edip bireyin sağlık bakımı

hakkında görüşmelerine izin vererek seçenekler sunan ve güçlendiren bakım vermektedir (Papastavrou ve ark., 2015).

Hasta merkezli bakım; hastalığın seyri hakkında değerlendirme yaparak hastalığın tekrar etmesini önlemeye çalışırken (Constand ve ark., 2014), birey merkezli bakım; hastalığın seyri kadar bireyin hastalığa ilişkin deneyimini de değerlendirerek bireyin kısıtlanmasını minimuma indirmeye çalışmaktadır (Broderick ve Coffey, 2012).

Hasta merkezli bakım; varolan hastalığa eşlik eden ek hastalıkları kronik hastalık olarak görüp, ikincil hastalıkları önleyici bir bakım uygularken (Ortiz, 2018), birey merkezli bakım; hastalıkları genellikle hastalık türlerinin bir birleşimi olarak görüp, önleyici bir bakım uygulamaktadır (Starfield, 2011).

Hasta merkezli bakım; hastaya ayrılan süre ne kadar uzun olursa, birey ile sağlık profesyoneli arasında iletişimin güven sağlayacağından bahsederken (Stewart ve ark., 2000), birey merkezli bakım; uzun hasta görüşme süresi yerine bireyin kendisine özgü özelliklerini ve farklılıklarını tanımlayarak, sağlık profesyonellerinin bireyi primer iletişim kaynağı olarak görüp bakım kalitesine odaklanmaktadır (Yazdankhahfard ve ark., 2019).

Hasta merkezli bakım; akut, yaralanma veya yaşamı tehdit eden bir hastalık durumunda yüksek derecede bakım ve tedavi gerçekleştirilmesine rağmen, kronik hastalıkların önlenmesi ve bakımında yetersiz olduğu görülmektedir (Bayındır ve Biçer, 2019). Birey merkezli bakım; akut ve kronik hastalık durumunda yeterli bakım ve tedavi gerçekleştirdiği kadar toplumun sağlığı ile de ilgilenerek optimal sağlığı desteklemekte ve hastalıkları önlemektedir (Papathanasiou ve ark., 2013).

Hasta merkezli bakım ve birey merkezli bakım kalitesi yöntemleri birbirlerini desteklemekle beraber, birbirlerinden farklı olduğu görülmektedir (Ekman ve ark., 2011). Hasta ziyaretine dayalı değerlendirmeler yapan, merkezinde hastalık yönetimi olan hasta merkezli bakımın aksine; birey merkezli bakım bireylerin sağlık sorunlarının, ihtiyaçlarının ve tercihlerinin daha iyi anlaşılabilmesi için bireylerin hastalık ile ilgili birikmiş deneyimlerini temel alarak zaman içindeki ilişkilere odaklanıp uygun bakımı vermektedir (Starfield, 2011). Hasta merkezli bakımda önerilen bakım süreçlerinin

ötesinde sağlık bakım kalitesine ulaşmak ve sürdürmek için birey merkezli bakımın perioperatif hemşirelik uygulamalarına entegre edilmesi önerilmektedir.

Hasta ve birey merkezli bakım kalitesi yöntemi arasındaki farklar Tablo 2. 1'de belirtilmiştir.

Tablo 2. 1 Hasta ve Birey Merkezli Bakım Kavramlarının Farklılıkları

Hasta Merkezli Bakım	Birey Merkezli Bakım
Bakımın temelinde hastalık vardır.	Bakımın temelinde birey ve hastalık ile ortaya çıkan tüm durumlar vardır.
Ziyaretlerdeki etkileşimlere odaklanır.	Zaman içindeki ilişkilere odaklanır.
Hastalığın prognozunu değerlendirir.	Hastalığın prognozu ve bireyin hastalığa ilişkin tüm deneyimlerini değerlendirir.
Vücut sistemlerini ayrı olarak görür.	Vücut sistemlerini birbiriyle ilişki olarak görür.
Komorbiditeyi kronik hastalıkların sayısı olarak görür.	Morbiditeyi hastalık türlerinin bir kombinasyonu olarak görür.
Profesyonel olarak tanımlanmış standart bakım planı uygular.	Bireylerin tercihleri ve ihtiyaçlarına özgü bireyselleştirilmiş bakım planı uygular.

Kaynak: Starfield B. (2011). Is patient-centered care the same as person-focused care?. The Permanente journal, 15(2), 63–69. doi:10.7812/tpp/10-148

2.2 Perioperatif Hemşirelik

Bakım; bireyin varoluşundan itibaren ihtiyaç duyduğu vazgeçilemez ve ihmal edilemez bir yapı taşıdır. Bakımı profesyonel bir rol olarak kabul edip, üstlenen meslek ise hemşireliktir (Dick ve ark., 2017). Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nurses-ICN) tarafından yapılan açıklamaya göre hemşirelik; sağlık sisteminin bir parçası olarak, tüm sağlık kurum ve topluluklarında her yaştan bireyin sağlığının geliştirilmesini, hastalıkların önlenmesini, fiziksel ve ruhsal hastalığı veya yetersizliği

olan bireylerin bakımını içeren meslek olarak tanımlanmıştır (Karamanoğlu ve ark., 2009).

Cerrahi; hastanın normal fizyolojik işlevlerini değiştirebilecek kontrollü travma olarak kabul edilmektedir (Aslan, 2009). Hastaları tedavi etmek için sıklıkla kullanılan yöntemlerden biri cerrahi girişimdir ve cerrahi girişimin uygulandığı ortam ise ameliyathanelerdir. Cerrahi alanda hizmet veren izole olan ameliyathane ortamı yoğun tempolu bir ortam olup; fiziksel, biyolojik, kimyasal ve psikososyal birden fazla ergonomik risk faktörleri barındırmaktadır (Lebni ve ark., 2021). Ameliyathane ortamında çalışan cerrahi ekibin üyesi olan ameliyathane hemşireleri ise; karmaşık ve stresli bir ortamda çalıştıkları için hasta bakımında sorumluluk bilincinde olması gerekmektedir. Böylece ameliyathane hemşireleri; yoğun stres ile baş edebilen, kriz anında hızlı düşünerek doğru kararlar alıp pratik şekilde uygulayabilen, dikkatini yüksek tutarak oluşabilecek komplikasyonlara karşı hazırlıklı olup önlem alabilen, cerrahi ekip arasındaki koordinasyonu sağlayıp iş birliği yapabilen profesyonel özelliklere sahiptir (Sonoda ve ark., 2018; Niu ve ark., 2017).

Ameliyathane hemşiresi; AORN göre, ‘cerrahi ya da invaziv işlemler nedeniyle potansiyel olarak koruyucu refleksleri ya da kendine bakım yetisi tehlikeye giren hastaların, fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve spiritüel ihtiyaçlarını karşılamak üzere hemşirelik sürecini kullanarak bakımı belirleyen, koordine eden ve uygulayan profesyonel hemşire’ olarak tanımlamaktadır (Uludoğan, 2010). AORN, literatürde ameliyathane ve cerrahi hemşireliği yerine ‘perioperatif hemşirelik’ teriminin de kullanılabileceğini belirtmektedir. Perioperatif hemşirelik; ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası bakım veren hemşirelik olarak kabul edilmektedir (AORN, 2015). Perioperatif hemşireler için bakım kavramı oldukça önemli olup, cerrahi hastalarına vermiş oldukları perioperatif bakım ile bakım davranışlarını sergilemektedir (Baker, 2017). Perioperatif bakım; hastanın ameliyatına karar verildiği, cerrahi servisten alınarak ameliyathane ünitesine teslim edildiği, cerrahi girişime başlamadan önce yapılan ön hazırlığı, anestezi verilmesiyle cerrahi girişime başlanması, anestezinin kesilmesiyle cerrahi girişimin sonlandırılması, hastanın ayılma ünitesine veya yoğun bakım ünitesine alınması ve normal fonksiyonları yerine gelene kadar verilen bakımı kapsamaktadır. Perioperatif bakım uygulamasının amacı; ameliyat veya diğer invaziv girişimlerden önce

hastaların sahip oldukları sağlık düzeyine eşit veya daha yüksek bir sağlık düzeyine ulaşmalarını sağlamaktadır (Çevik, 2012).

Perioperatif bakım uygulaması ameliyat öncesi dönemde başlayıp, ameliyat sırasında devam eden ve ameliyat sonrası bakıma ihtiyaç duyulmayacağı zamana kadar sürmektedir. Ameliyat öncesi dönem; ameliyat kararı verilmesi ile başlayıp, hastanın cerrahi klinikte olduğu cerrahi girişim başlamadan önceki dönemi kapsamaktadır. Cerrahi hemşiresi ameliyat öncesi dönemde; cerrahi girişime alınacak hastanın sağlık öyküsünü inceler, hastanın fizik muayenesini ve psikolojik değerlendirmesini yaparak hastayı tanılar, hasta hakkındaki edindiği bilgilere göre tanı koyar ve bağımsız rollerini kullanarak hemşirelik girişiminde bulunur, eğitim verir, gece hazırlığı ve ameliyat günü hazırlığına odaklanmaktadır (Bergström ve ark., 2018; Edeer ve ark., 2018). Ameliyat sırası dönem; hastanın cerrahi klinikten ameliyathane ünitesine alınması ile başlayıp, anestezi indüksiyonu altında cerrahi girişimin uygulandığı , hastanın ayılma odasına veya yoğun bakım ünitesine transfer edilene kadar geçen süreyi kapsamaktadır. Ameliyathane hemşiresi ameliyat sırası dönemde; anestezi indüksiyonuna başlanmadan hastayı destekler, ameliyata bağlı oluşabilecek yaralanmayı önlemek için ve cerrahi bölgeye kolay erişim sağlamak için hastanın ameliyat masasında konumlandırılmasını sağlar, enfeksiyonu önlemek için uygun cilt temizliğini yapar, cerrahi girişim devam ederken hastanın güvenliğini, konforunu ve asepsi tekniklerine uygunluğunu kontrol eder, patoloji ve kan transfüzyonu işlemlerinde güvenliği sağlar, yaşamsal fonksiyonlarını takip eder ve verdiği tüm bakımları kayıt etmektedir (Eyi ve ark., 2017; Seyedfatemi ve ark., 2014; Karlsson ve ark., 2013). Ameliyat sonrası dönem; hastanın ayılma odası veya yoğun bakım ünitesine girmesi ile başlayıp, cerrahi kliniğe transfer edilmesi ve tıbbı bakım sonlanıncaya kadar geçen süreyi kapsamaktadır. Cerrahi hemşiresi ameliyat sonrası dönemde; nörolojik değerlendirmesini yapar, yaşam bulgularını kontrol eder, postoperatif ağrı tanılaması yaparak nonfarmakolojik girişimleri (sıcak/soğuk uygulama, dikkati başka yöne çekme) uygular veya planlanan farmakolojik ajanları (opoid/nonopoid, lokal anestetikler, analjezik ilaçlar) uygular, malnutrisyonu önlemek için beslenme kontrolü sağlar, cerrahi alan enfeksiyonu önlemek için yara bakımını sağlar, gastrik boşalım ve bağırsak hareketlerini kontrol eder, solunum sistemi komplikasyonu önlemek için solunum ve öksürük egzersizlerini yaptırır, sıvı-elektrolit dengesini bozabilecek etkenleri belirler ve gerekli önlemleri alır, kas-iskelet sistemi ve dolaşım sistemi komplikasyonları

yönünden değerlendirmektedir (White ve Kehlet, 2010; Varadhan ve ark., 2010; Büyükyılmaz ve Aştı, 2009; Bölükbaş ve Birlikbaş, 2009).

Ameliyathane hemşireleri ameliyat sırası bakımı profesyonel bir rol olarak üstlenmelerine karşın; ameliyathane ünitesinde ileri düzey teknolojik cihaz ve araç-gereçlerin bulunması, kanıta dayalı bilgiler doğrultusunda güncel tekniklerin ve ekipmanların kullanılmasıyla bakımı teknik bir eylem olarak yürüttükleri gözlenmektedir (Baker, 2017). Ameliyathane ünitesinde standart ve teknik bakım uygulaması yerine; en az riskle, yarar sağlayacak ve güvenli bakımı sürdürebilmek için kanıta dayalı birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımının verilmesi, birey merkezli hemşirelik uygulamalarının perioperatif hemşirelik alanında da yaygınlaşmasını ve yerleşmesini sağlayacaktır.

BÖLÜM 3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırma Modeli

Bu araştırma, Soyeung Shin ve Jiyeon Kang tarafından 2019 yılında Güney Kore'de geliştirilen Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği (BMPHÖ)'nin Türkçe geçerlilik ve güvenirliğini test etmek amacıyla metodolojik tipte gerçekleştirilmiştir.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul ilinde bulunan dört kamu hastanesinin (T.C. Sağlık Bakanlığı Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi ve T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi) ameliyathane ünitesinde Ekim 2021- Kasım 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; kurum izinleri alındıktan sonra İstanbul il sınırları içerisinde bulunan dört kamu hastanesinin ameliyathane ünitesinde çalışan ameliyathane hemşireleri oluşturmuştur (N=445).

Geçerlik-güvenirlik çalışmasının verileri tek bir evrene genellenemeyeceği için, araştırma evrenini belirlemeye gerek yoktur. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde farklı görüşler mevcut olup, çalışmanın analizi yapılabilmesi için yeterli sayıda birey seçilmesi gerekmektedir (Çapık ve ark., 2018). Bir ölçeğin başka bir kültüre uyarlanmasında, ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında faktör analizi yapabilmek için örneklemin ölçek madde sayısının en az 5-10 katı sayıda kişiye ulaşılması önerilmektedir (Nunnally, 1978; Esin, 2014; Karakoç ve Dönmez, 2014). Bu bilgi doğrultusunda, 20 maddelik 'Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği (BMPHÖ)'nin geçerlik ve güvenirlik analizleri için 200 (20 madde x10) ameliyathane

hemşiresi ile çalışma yapılması planlanmıştır. %10 oranında veri kaybı olacağı düşünülerek 220 ameliyathane hemşiresine ulaşılması hedeflenmiştir. Bu çalışmada, araştırmanın çalışma evreninden olasılıksız rastlantısal örneklem yöntemi ile seçilmiş ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 256 ameliyathane hemşiresine ulaşılmıştır.

3.3.1 Dahil Edilme Kriterleri

- Çalışmaya katılmak için gönüllü olan
- Ameliyathane birimlerinde en az altı aydır çalışan hemşireler

3.4 Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak, katılımcıların sosyo-demografik ve mesleki özelliklerini içeren Hemşire Sosyodemografik ve Mesleki Tanıtım Formu (EK-2) ve geçerlilik-güvenirlik analizleri yapılan Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği (EK-3) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1 Hemşire Sosyodemografik ve Mesleki Tanıtım Formu

Araştırmacının geliştirdiği sosyo-demografik bilgileri içeren formda; cinsiyet, yaş, medeni durum, toplam çalışma yılı, ameliyathanede çalışma yılı, eğitim durumu, mesleğe ait derneğe üye olma durumu, birey merkezli bakım konusunda eğitim alma durumu, birey merkezli bakım hakkında makale okuma durumu, perioperatif hemşirelikte kanıta dayalı uygulamalar hakkında eğitime katılma durumu ve perioperatif dönemde bireyselleştirilmiş bakım verdiğini düşünme durumu gibi 11 maddeden oluşan sorular yer almaktadır.

3.4.2 Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği (Person-Centered Perioperative Nursing-PCPON)

'Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği' 2019 yılında Güney Kore'de Soyeung Shin ve Jiyeon Kang tarafından perioperatif hemşirelik alanında birey merkezli bakımı değerlendirmek amacı ile geliştirilmiş olup, 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin merhametli etkileşim (1, 2, 3, 4, 5 ve 6. madde), saygı (7, 8, 9, 10 ve 11. madde), rahatlık sağlama (12, 13 ve 14. madde), bilgi paylaşımı (15, 16 ve 17. madde) ve hemşirelik

uzmanlığı (18, 19 ve 20. madde) olmak üzere toplam 5 alt boyutu mevcuttur. Bu ölçek; ‘1=hiçbir zaman’, ‘2=nadiren’, ‘3=ara sıra’, ‘4=sıklıkla’, ‘5=her zaman’ şeklinde puanlanmakta ve 5’li likert tipinde sıklık derecesi ölçmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan ise 100 olup, alınan puan yükseldikçe yüksek derecede birey merkezli perioperatif hemşirelik performansı içerdiği anlamına gelmektedir.

Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik performans ölçüm aracı literatür taranarak araştırmacı tarafından 40 madde oluşturulmuş olup, yapılan analizler (kapsam geçerliliği, yüzey geçerliliği, madde analizi ve yapı analizi) sonucunda 20 maddeye indirgenmiştir. Kore’de 21 hastanenin ameliyathane ünitesinde çalışan 459 hemşireye uygulanmıştır ve Cronbach Alpha değeri 0.90 bulunmuştur. Ölçeğin her bir faktörünün Cronbach Alpha ile temsil edilen iç tutarlılığı ise 0.76-0.88’dir (Shin ve Kang, 2019).

3.5 Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması Ekim 2021- Kasım 2021 tarihleri arasında bizzat araştırmacı tarafından yürütülerek gerçekleştirilmiştir.

Araştırmacı tarafından izin alınan dört kamu hastanesinin eğitim hemşireleri ile görüşme yapılarak; ameliyathane birimlerinin uygun oldukları gün ve saatlerde randevu planlanmıştır. Hafta içi genellikle 08:00-16:00 saatleri arasında kurumlara gidilmiş ve katılımcılarla yüz yüze görüşme sağlanarak araştırmanın içeriği, doldurulacak sorular ve ölçek hakkında bilgi verilmiştir. Anketin 5-10 dakikalık bir sürede doldurulabileceğini belirtip, katılımcılar araştırmaya davet edilmiş ve bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Veriler, ‘Hemşire Sosyodemografik ve Mesleki Tanıtım Formu’ ve ‘Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği’ kullanılarak özbildirim yöntemi ile toplanmıştır.

3.6 Verilerin Analizi

Verilerin yorumlanabilmesi için toplanan veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra, veriler SPPS for Windows 25.0 (Statistical Package for Social Science) ve 22.0 AMOS (Analysis of Moment Structures) istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. İstatiksel anlamlılık ölçütü %95 güven aralığında $p<0.05$ kabul edilerek analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde,

ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı normallik testlerinin yanı sıra çarpıklık ve basıklık ölçüleriyle değerlendirilmiştir. Ölçeğin dil uyarlaması için çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin geçerlilik analizinde; kapsam geçerliliği, yüzey geçerliliği ve yapı geçerliliği uygulanmıştır. Kapsam geçerliliği için Davis Tekniği'nden yararlanarak Kapsam Geçerlilik İndeksi ve Kapsam Geçerlilik Oranı hesaplanmıştır. Yüzey geçerliliği için pilot uygulama yapılmıştır. Yapı geçerliliği için AMOS 22.0 programı kullanılarak Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulanmıştır. Ölçeğin güvenirlik analizinde; madde analizi (madde toplam puan korelasyonu ve %27'lik alt-üst grup karşılaştırılması), test yarılama analizi, Cronbach Alpha ve Omega katsayıları hesaplanmıştır (Tablo 3. 1).

Tablo 3. 1 Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

Özellikler	**Kullanılan Testler**
Tanımlayıcı İstatistikler	Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart Sapma
Dil Uyarlaması	Çeviri-Geri Çeviri Yöntemi
Kapsam Geçerliliği	Davis Tekniği, Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ), Kapsam Geçerlilik Oranı (KGO)
Yüzey Geçerliliği	Pilot Uygulama
Yapı Geçerliliği	Örneklem Yeterlilik Testi (KMO), Bartlett Küresellik Testi, Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)
İç tutarlılık Güvenirliği	Madde Analizi, Test Yarılama Analizi, Cronbach Alpha, Omega Katsayısı

3.7 Araştırmanın Uygulama Planı

3.7.1 Dil Uyarlaması

Bu aşama uyarlama çalışmasının ilk basamağını oluşturmaktadır. Orijinal ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve kullanılması için ölçeği geliştiren Jiyeon Kang'dan e-posta yolu ile izin alınmıştır (EK-8). Ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması için ölçeğin dil

uyarlamasının sağlanması gerekmektedir (Çapık ve ark., 2018). Ölçeğin dil uyarlaması için çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır.

3.7.2 Geçerlik Çalışması

Ölçeğin dil uyarlaması yapılıp geçerliliği tamamlandıktan sonra kapsam (içerik) geçerliliğine başvurulmuştur. Ölçeğin kapsam geçerliliğini ölçmek için 'Davis Tekniği' yöntemi kullanılmıştır. Davis tekniği yöntemi kullanılarak hazırlanan formda; ölçeğin orijinal hali ve dil uyarlaması yapılmış hali bulunmaktadır (EK-6). Uzmanlar, maddelere yönelik görüşlerini 'A-madde özelliği temsil ediyor (4-puan)', 'B-maddenin biraz düzeltilmeye ihtiyacı var (3-puan)', 'C-maddenin oldukça düzeltilmeye ihtiyacı var (2-puan)' ve 'D-madde özelliği temsil etmez (1-puan)' şeklinde dörtlü derecelendirme ile değerlendirilmesi istenmiştir. Bu tekniğe göre A ve B cevabı veren uzmanların sayısı, toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) hesaplanmakta ve ölçüt değer 0.80 olarak kabul edilmektedir (Yurdugül, 2005).

Davis tekniği yöntemine dayanarak hazırlanan bu form; cerrahi hastalıklar hemşireliği anabilim dalında görevli, ölçek geliştirme veya uyarlama çalışmaları konusunda deneyime sahip 20 uzmana e-posta ile gönderilmiştir (EK-7). 20 uzman tarafından gelen cevaplara göre A ve B veren uzman sayısı, toplam uzman sayısına bölünerek ölçeğin Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) ve her bir maddenin Kapsam Geçerlilik Oranı (KGO) hesaplanmıştır.

Kapsam geçerliliği tamamlandıktan sonra yüzey geçerliliğini sınamak için 30 ameliyathane hemşiresine pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulamaya katılan 30 ameliyathane hemşiresi ana örnekleme dahil edilmemiştir. Dil uyarlaması, kapsam geçerliliği ve yüzey geçerliliği tamamlanan Türkçe ölçeğin son şekli ana dili Türkçe olan İngilizce'yi iyi bilen bir uzman tarafından İngilizce'ye çevirisi yapılıp, ölçeği geliştiren Jiyeon Kang'a değerlendirmesi için e-posta gönderilmiştir (EK-11).

Yüzey geçerliliği tamamlandıktan sonra yapı geçerliliğini ölçmek için özgün ölçeğin faktör yapısının doğrulanması amacıyla doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır.

3.7.3 Güvenirlik Çalışması

Ölçeğin güvenirliği madde analizi, test yarılama analizi, Cronbach Alpha ve Omega katsayıları ile değerlendirilmiştir.

3.8 Araştırmanın Güçlükleri

Dünyada salgın olan Koronavirüs (COVID-19) süreci nedeniyle bazı hastanelerden izin alma ve veri toplama aşamasında ameliyathane hemşirelerine ulaşma durumunda güçlükler yaşanmıştır.

Araştırmanın yürütüldüğü dört kamu kurumunda sürekli farklı akademik çalışmaların yapılıyor olması hemşirelerin sıkılmalarına neden olmuş ve anket cevaplamaktan bunaldıklarını ifade etmişlerdir. Hemşire yetersizliğinden ameliyathane hemşirelerinin koronavirüs nedeni ile farklı birimlerde çalıştırılıyor olması, çalışma sürelerinin uzunluğu, iş stresi ve iş yoğunluğu nedeni ile araştırmaya katılmak için zaman harcamak istemekte ki gönülsüz davranışları araştırmanın uygulanmasını zorlaştırmıştır.

3.9 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma yürütülürken tüm etik konulara dikkat edilmiştir. Orijinal ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve kullanılması için ölçeği geliştiren Jiyeon Kang'dan e-posta yolu ile izin alınmıştır (EK-8). Araştırmaya başlamadan önce; Maltepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (30.04.2021-12/06) Etik Kurul Onayı alınmıştır (EK-9). Araştırmanın T.C. Sağlık Bakanlığı Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi ve T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi'nde gerçekleştirilebilmesi için T.C İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden (11.10.2021 tarih ve 2021/44 sayılı kararınca E-15916306-604.01.02) kurum izni alınmıştır (EK-10). Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerine araştırmanın amacı ve araştırmanın gönüllük ilkesine dayandığı anlatılarak; veri toplama aracının ön nüshasına Bilgilendirilmiş Onam Formu eklenmiş, katılımcının gönüllü imzasına sunularak hem sözlü hem de yazılı onamları alınmıştır (EK-1).

3.10 Araştırmanın Planı ve Takvimi

Araştırmanın planına ve oluşturulan takvime uyulmuştur (Tablo 3. 2).

Tablo 3. 2 Araştırmanın Planı ve Takvimi

Literatür tarama ve tez konu seçimi	Ocak 2021-Şubat 2021
Ölçeğin sahibinden izin alınması	Şubat 2021-Mart 2021
Tez öneri formu hazırlama ve etik onay	Mart 2021-Nisan 2021
Ölçeğin dil uyarlaması	Nisan 2021-Haziran 2021
Ölçeğin kapsam geçerliliği	Haziran 2021-Ağustos 2021
Kurum izni	Ağustos 2021-Ekim 2021
Pilot uygulama	Ekim 2021
Verilerin toplanması	Ekim 2021-Kasım 2021
Verilerin analizi	Kasım 2021-Aralık 2021
Rapor yazımı ve tez bitirme sınavı	Eylül 2021-Aralık 2021

BÖLÜM 4. BULGULAR

Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin Türk Dili'nde geçerli ve güvenilir olup olmadığını belirlemek amacı ile gerçekleştirilen çalışmada hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri, psikolinguistik değerlendirmeye yönelik bulgular (dil uyarlaması), psikometrik değerlendirmeye yönelik bulgular (ölçeğin geçerliliği ve güvenirliği) olmak üzere toplam üç ana başlık altında değerlendirilmiştir.

4.1 Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri

Araştırmaya katılan hemşirelerin %73.8'i kadın, %23.4'ü erkektir. Hemşirelerin %64.1'i bekar; %35.9'u evlidir. Yaş ortalaması ise 29.86±6.79 olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin eğitim düzeyleri incelendiğinde; %5.1'ı sağlık meslek lisesi mezunu, %10.2'si önlisans mezunu, %75.4'ünün lisans mezunu, %9.4'nün lisansüstü veya doktora mezunu olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %39.5'inin 3 yılın altında, %30.5'inin 4-7 yıl arasında, %30.1'inin 8 yılın üstünde toplam çalışma yılına sahip olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin %46.9'unun 2 yılın altında, %28.1'inin 3-5 yıl arasında, %25'inin 6 yılın üstünde ameliyathanede çalışma yılına sahip olduğu tespit edilmiştir.

Ameliyathane hemşirelerinin %77'si bir dernek üyeliğinin olmadığını, %46.5'i bireysel merkezli bakım eğitimi almadığını, %58.6'sı birey merkezli bakım eğitimi makalesi okumadığını; %66.8'i bu alanda bir kursa ya da kongreye katılmadığını belirtmiştir. Ayrıca ameliyathane hemşirelerinin %53.1'i bireyselleştirilmiş bakım verdiğini düşünmektedir (Tablo 4. 1)

Tablo 4. 1 Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri

Özellikler		**n**	**%**
Cinsiyet	Kadın	189	73.8
	Erkek	60	23.4
	Belirtmek istemiyorum	7	2.7

Medeni durum	Evli	92	35.9
	Bekar	164	64.1
Yaş	<= 25.00	82	32.0
	26.00 –35.00	121	47.3
	36.00+	53	20.7
	Ort±SS =29.86±6.79		
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	13	5.1
	Ön Lisans	26	10.2
	Lisans	193	75.4
	Doktora	24	9.4
Toplam çalışma yılı	<= 3.00	101	39.5
	4.00 –7.00	78	30.5
	8.00+	77	30.1
	Ort±SS =7.55±7.37		
Ameliyathane çalışma yılı	<= 2.00	120	46.9
	3.00 –5.00	72	28.1
	6.00+	64	25.0
	Ort±SS =5.27±5.88		
Dernek üyeliği	Evet	59	23.0
	Hayır	197	77.0
Birey merkezli bakım eğitimi	Evet	137	53.5
	Hayır	119	46.5
Birey merkezli bakım makale okuma	Evet	106	41.4
	Hayır	150	58.6
Kongreye katılım	Evet	85	33.2
	Hayır	171	66.8
Bireyselleştirilmiş bakım verdiğini düşünme	Evet	136	53.1
	Hayır	120	46.9

Ort: Ortlama; SS: Standart Sapma, n: kişi sayısı, %:yüzde

4.2 Psikolinguistik Değerlendirmeye Yönelik Bulgular

4.2.1 Dil Uyarlaması

Ölçeğin dil uyarlaması için çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Ana dili Türkçe olan İngilizce'yi iyi bilen birbirinden bağımsız mütercim-tercüman anabilim dalında görevli iki öğretim üyesi ve noter yeminli bir tercüman toplam üç uzman tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi yapılmıştır (EK-5). Toplam üç Türkçe çevirisi olan formlar araştırmacı ve danışman öğretim üyesi tarafından değerlendirildikten sonra tek bir form haline indirgenmiştir. Tek bir Türkçe form haline dönüştürülen ölçeğin son hali iyi derecede ingilizce bilen bir uzman tarafından İngilizce'ye tekrar çevrilmiştir (EK-5). Geri çevirisi yapılan İngilizce ölçek ve orijinal İngilizce ölçek karşılaştırılıp, uyumlu olduğuna araştırmacı ve danışman öğretim üyesi tarafından karar verilmiştir. Böylece oluşturulan Türkçe ölçek, anlam ve dil bilgisi açısından gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra kapsam geçerliliğini ölçmek için uzman görüşüne sunulmaya hazır hale getirilmiştir.

4.3 Psikometrik Değerlendirmeye Yönelik Bulgular

4.3.1 Ölçeğin Geçerliliği

Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin geçerli olup olmadığını belirlemek amacı ile gerçekleştirilen çalışmada elde edilen bulgular kapsam geçerliliği, yüzey geçerliliği ve yapı geçerliliği olmak üzere toplam üç başlık altında değerlendirilmiştir.

4.3.1.1 Kapsam (İçerik) Geçerliliği

Ölçeğin kapsam geçerliliği için Davis Tekniği yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin Kapsam Geçerlilik İndeksi skoru 0.97; ölçekte bulunan her bir maddenin Kapsam Geçerlilik Oranı skoru 0.85 ile 1.00 arasında değer aldığı hesaplanmıştır (Tablo 4. 2). Yapılmış olan hesaplamalarda 0.80 altında madde olmadığı tespit edilmiştir. Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin Kapsam Geçerlilik İndeksi ile her bir maddenin Kapsam Geçerlilik Oranı 0.80 ve üstü olduğu için herhangi bir madde ölçekten çıkarılmamıştır. Uzmanlardan alınan geribildirimlerde maddenin ifadesi ve içeriği

konusunda kültürel yorumlamaları gözden geçirilip, bazı maddelerde değişiklikler yapılmıştır.

Ölçeğin 8. maddesi ‘Hastayı uygun bir unvanla çağırırım.’ ifadesinde bulunan ‘çağırırım’ kelimesi hastayı ayağına çağırmayı anımsattığı için ‘hitap ederim’ şeklinde değiştirilmiştir.

Ölçeğin 9. maddesi ‘Hastanın vücudunun gereksiz yere teşhir edilmesinden kaçınırım.’ ifadesinde bulunan ‘teşhir edilmesi’ sergileme anlamı barındırdığı için ‘açıkta bırakmaktan’ şeklinde değiştirilmiştir.

Ölçeğin 11. maddesi ‘Hastanın preoperatif öyküsünü incelerim.’ ifadesinde bulunan ‘preoperatif’ kelimesi herkes tarafından anlaşılabilir olması için ‘ameliyat öncesi’ şeklinde değiştirilmiştir.

Ölçeğin 12. 13. ve 14. maddelerin sonunda bulunan ‘önlemleri alırım’ ifadesi tedbir anlamını barındırdığı için ‘girişimde bulunurum’ şeklinde düzeltme yapılmıştır.

Ölçeğin 15. maddesi ‘Ameliyattan önce hastaya prosedürü açıklarım.’ ifadesinde bulunan ‘prosedür’ kelimesi yerine‘işlem’ şeklinde değiştirilmiştir.

Tablo 4. 2 Uzmanların Değerlendirme Sonuçları ve Kapsam Geçerlilik Oranları

Madde No	**Uzmanlardan (A ve B) olarak belirtenlerin toplamı**	**Uzman katılımcı toplamı**	**Kapsam Geçerlilik Oranı (KGO)**
ME1	20	20	1
ME2	20	20	1
ME3	20	20	1
ME4	19	20	0.95
ME5	20	20	1
ME6	19	20	0.95
S7	17	20	0.85
S8	19	20	0.95
S9	18	20	0.90
S10	20	20	1

S11	18	20	0.90
RS12	19	20	0.95
RS13	20	20	1
RS14	19	20	0.95
BP15	19	20	0.95
BP16	20	20	1
BP17	20	20	1
HU18	20	20	1
HU19	20	20	1
HU20	20	20	1

Kapsam Geçerlik İndeksi: Bir madde için A ve B puan veren uzman sayısı/toplam uzman sayısı

4.3.1.2 Yüzey Geçerliliği (Pilot Uygulama)

Ölçeğin dil ve kapsam geçerliliği sınanıp geçerliliği tamamlandıktan sonra yüzey geçerliliğine başvurulmuştur. Ölçeğin yüzey geçerliliğini ölçmek için 'Pilot Uygulama' yöntemi kullanılmıştır. Pilot uygulama yöntemi; ölçekte bulunan maddelerin anlaşılır olup olmadığını belirlemek için anlam, ifade ve cevaplama süresi yönünden değerlendirilmek amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 30 ameliyathane hemşiresinin görüşleri alınmıştır. Pilot uygulama sonucunda; anlaşılmayan herhangi bir madde olmadığı için ölçek maddelerinde bir değişiklik yapılmamıştır.

4.3.1.3 Yapı Geçerliliği

Verilerin faktör analizine uygun olup olmadığını değerlendirmek için Örneklem Yeterlilik Testi (Kaiser-Meyer-Olkin-KMO) ve Bartlett Küresellik Testi (Bartlett's Test of Sphericity) uygulanmıştır.

Tablo 4. 3 Örneklem Yeterlilik Testi ve Bartlett Küresellik Testi

KMO Örneklem Yeterlilik Değeri		0.85
Bartlett Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare	2062.99
	Serbestlik Derecesi (df)	190
	Anlamlılık Düzeyi (p)	0.00

KMO değeri 0.85 hesaplanmış olup, faktör analizi yapmak için 'çok iyi' örneklem büyüklüğüne sahip olduğu ve verilerin homojen dağıldığı belirlenmiştir. Bartlett's değeri x2=2062.99; p=0.00 hesaplanmış olup, faktör analizi yapmak için maddeler arasında yeterli korelasyon olduğu belirlenmiştir (Tablo 4. 3). Böylece, toplanan veriler faktör analizi yapmaya uygun bulunmuştur (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Tablo 4. 4 Birinci Düzey Çok Faktörlü Model Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri

Uyum İyiliği Ölçümleri	Mükemmel Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri	Modifikasyon Öncesi Uygulama Sonuçları	Modifikasyon Sonrası Uygulama Sonuçları
CMIN/DF	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 5$	2.27	2.12
GFI	0.90≤GFI	0.80≤GFI	0.85	0.88
AGFI	0.90≤AGFI	0.80≤AGFI	0.80	0.84
CFI	0.95≤CFI	0.85≤CFI	0.86	0.91
RMSEA	0.0≤RMSEA≤0.05	0.06≤RMSEA≤1.0	0.08	0.07
RMR	0.0≤RMR≤0.05	0.06≤RMR≤1.0	0.06	0.06
NFI	0.95≤NFI	0.80≤NFI	0.78	0.84
TLI	0.90≤TLI	0.80≤TLI	0.83	0.89
IFI	0.95≤IFI	0.85≤IFI	0.86	0.91

Doğrulayıcı Faktör Analizine göre ölçeğin yapısal denklem model sonucu (Structural Equation Modeling Results) p=0.00 düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeği oluşturan 20 madde ve 5 alt boyut faktörlü ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Tablo 4. 4). Modelde iyileştirme yapılmış olup, iyileştirme yapılırken modifikasyon indeks değerleri yüksek olan hatalar arasında kovaryans (e1-e2; e7-e8; e9-e11) oluşturulmuştur (Şekil 4. 1).

DFA'da uyum iyiliği indeksi olarak; ki kare uyum testi (CMIN/DF: Chi-Square Goodness), iyilik uyum indeksi (GFI: Goodness of Fit Index), düzeltilmiş iyi uyum indeksi (AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index), karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI: Comparative Fit Index), yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation), kök ortalama kare kalıntı (RMR: Root Mean Square

Residual), normlandırılmış uyum indeksi (NFI: Normed Fit Index), normlandırılmamış uyum indeksi (NNFI/TLI: Non-Normed Fit Index) ve artan uyum indeksi (IFI: Incremental Fit Index) kullanılmıştır (Hooper ve ark., 2008; Simon ve ark., 2010). Birinci düzey çok faktör analizi sonucuna göre; Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde $\chi 2$ (CMIN/DF)=2.12 ile mükemmel uyum; GFI=0.88, AGFI=0.84, CFI=0.91, RMSEA=0.07, RMR=0.06, NFI=0.84, TLI=0.89 ve IFI=0.91 ile kabul edilebilir uyum gösterdiği (p=0.00) tespit edilmiştir (Tablo 4. 4).

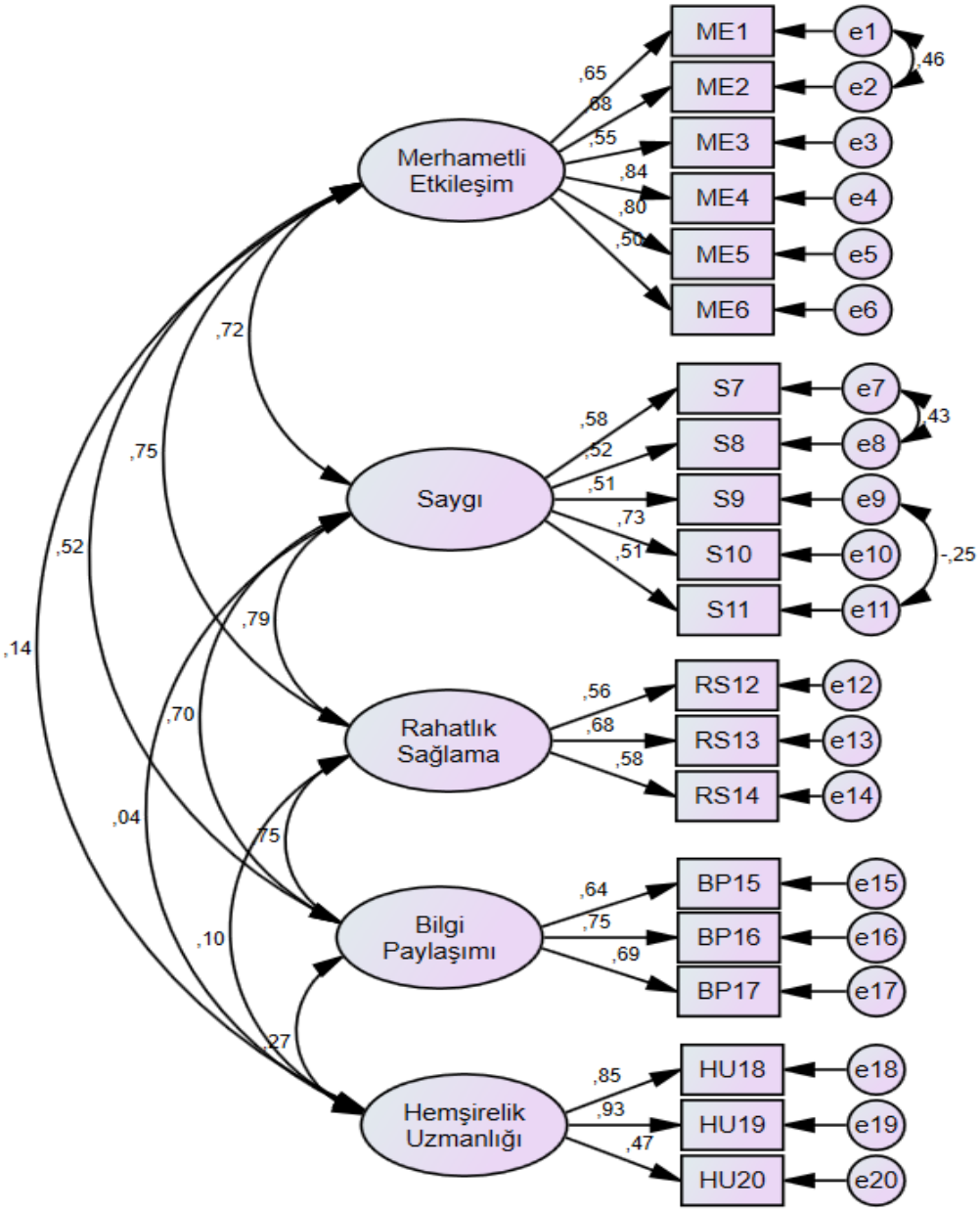
Tablo 4. 5 Maddelere İlişkin İstatistik Değerleri

Madde No	**Standardize edilmemiş faktör yükü**	**S.E. (Standart hata)**	**C.R. (t istatistik)**	**Standardize edilmiş faktör yükü**
ME1	1.00			0.65
ME2	0.98	0.08	12.74	0.68
ME3	0.92	0.12	7.68	0.55
ME4	1.12	0.10	10.74	0.84
ME5	1.01	0.10	10.48	0.80
ME6	0.65	0.09	7.10	0.50
S7	1.00			0.58
S8	0.85	0.10	8.62	0.52
S9	0.89	0.14	6.38	0.51
S10	1.23	0.15	8.15	0.73
S11	0.91	0.14	6.38	0.51
RS12	1.00			0.56
RS13	1.12	0.15	7.43	0.68
RS14	1.05	0.16	6.73	0.58
BP15	1.00			0.64
BP16	1.29	0.15	8.77	0.75
BP17	0.97	0.11	8.40	0.69
HU18	1.00			0.85
HU19	1.11	0.10	11.42	0.93
HU20	0.45	0.06	7.50	0.47

Maddelere ilişkin t değeri 1.96 üzerinde puan alıyorsa 0.05 düzeyinde; 2.56 üzerinde puan alıyorsa 0.01 düzeyinde anlamlı olduğu kabul edilmektedir (Çokluk ve ark., 2012). Maddelere ilişkin t istatistikleri incelendiğinde; bütün maddelerin 6.38 ile 12.74 arası puan aldığı 0.01 düzeyinde anlamlı olduğu görülmektedir (Tablo 4. 5). Faktör yük değerleri için gerekli kabul gören sınır 0.30 olarak belirlenmiştir (Büyüköztürk, 2011). Ölçeğe ilişkin faktör yükleri incelendiğinde; 0.30 altında bir madde olmadığı ve

faktör yüklerinin 0.47 ile 0.93 arasında kabul edilebilir sınırlarda olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4. 5).

Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucu ile elde edilen Path Diyagramı oluşturulmuştur (Şekil 4. 1).



Şekil 4. 1 Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği Maddellerine İlişkin Path Diyagramı

4.3.2 Ölçeğin Güvenirliği

Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin güvenirliğini belirlemek amacı ile gerçekleştirilen çalışmada elde edilen bulgular madde analizi, test yarılama analizi, Cronbach Alpha ve Omega katsayıları olmak üzere toplam üç başlık altında değerlendirilmiştir.

4.3.2.1 Madde Analizi

Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin bütün maddelerin ayırt edicilik güçlerini gösteren bağımsız grup t-testi ve madde toplam puan korelasyon yöntemi kullanılmıştır.

Tablo 4. 6 Madde Analizi

Madde No	**r Madde Toplam Puan Korelasyonu**	**t (Alt %27-Üst %27)**	**p (Alt %27-Üst %27)**
Merhametli Etkileşim			
ME1	0.66	13.04	0.00 *
ME2	0.69	12.92	0.00 *
ME3	0.53	12.72	0.00 *
ME4	0.71	15.47	0.00 *
ME5	0.68	12.62	0.00 *
ME6	0.41	9.12	0.00 *
Saygı			
S7	0.59	12.81	0.00 *
S8	0.52	13.29	0.00 *
S9	0.41	8.44	0.00 *
S10	0.54	12.77	0.00 *
S11	0.31	11.22	0.00 *
Rahatlık Sağlama			
RS12	0.41	13.02	0.00 *
RS13	0.50	15.30	0.00 *
RS14	0.40	12.92	0.00 *
Bilgi Paylaşımı			
BP15	0.54	16.78	0.00 *
BP16	0.63	17.25	0.00 *
BP17	0.51	11.20	0.00 *
Hemşirelik Uzmanlığı			
HU18	0.72	28.35	0.00 *

HU19	0.76	33.13	0.00 *
HU20	0.43	11.56	0.00 *

*** n_1 (%27'lik alt grup kişi sayısı) = n_2 (%27'lik üst grup kişi sayısı) =69, * p < 0.05 için anlamlı değerler.*

Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin madde analizi incelendiğinde; her bir maddenin madde toplam puan korelasyonu ve %27'lik alt-üst grup maddelerinin arasında bulunan farklara bakılmıştır. Madde toplam puan korelasyonunun yeterli olabilmesi için gerekli minimum değer 0.30 olarak belirtilmektedir. Madde korelasyonlarını incelediğimiz ölçek maddelerinden 0.30'un altında kalan maddelerin analize dahil edilmemesi gerekmektedir (Kline, 2000). Ameliyathane hemşirelerinin ölçek sorularına verdikleri cevapların madde-toplam test korelasyon değerleri incelenmiş ve 0.30'un altında kalan maddeler olmadığı tespit edilmiştir. Tüm maddelerin madde toplam puan korelasyon değerleri 0.31 ile 0.76 arasında değişkenlik göstermektedir (Tablo 4. 6). Madde-toplam test korelasyonu tablosunda görüldüğü üzere tüm maddelerin birbiri ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Ölçekte yer alan maddelerin ayırt ediciliklerinin belirlenmesi amacıyla ölçekten elde edilen ham puanlar büyükten küçüğe doğru sıralanmış, alt %27 ve üst %27'de yer alan grupların puan ortalamaları bağımsız grup t-testi ile karşılaştırılmıştır (Brennan, 1972; Büyüköztürk, 2011). Karşılaştırma sonucunda alt ve üst grup madde puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı (p=0.00) bir farklılık olduğu görülmüştür (Tablo 4. 6). Buradan hareketle ölçeğin, istenen niteliği ölçmesi bağlamında ayırt edici olduğu söylenebilir.

4.3.2.2 İki Yarıya Bölme

Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin iç tutarlılığını değerlendirmek için testi yarılama güvenirlik analizi uygulanmıştır. İki yarıya bölme güvenirlik analizi uygulandığında, ölçeğin her iki yarısına ait Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı hesaplanmıştır. Ölçeğin tamamına ilişkin güvenirlik katsayısı belirlemek için Spearman Brown tarafından oluşturulan bir modelden yararlanılmıştır (Aksayan ve Gözüm, 2002; Eisinga ve ark., 2013; Warrens, 2015).

Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin iç tutarlılığını belirlemek amacı ile iki yarıya bölme güvenirlik analizi yöntemi kullanılmıştır.

Tablo 4. 7 İki Yarıya Bölme Güvenirlik Analizi

İki Yarı Arasında Korelasyon	0.85
10 Maddelik 1.Yarı Cronbach Alpha Katsayısı	0.72
10 Maddelik 2.Yarı Cronbach Alpha Katsayısı	0.74
Gutmann Split-Half Güvenirlik Katsayısı	0.92
Spearman Brown Katsayısı	0.92
Madde Sayısı	20
N	256

Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nde 20 madde bulunmaktadır ve tek numaralı maddeler (10 maddeden oluşan) birinci yarıyı oluştururken, çift numaralı maddeler (10 maddeden oluşan) ikinci yarıyı oluşturmuştur. 10 maddeden oluşan birinci yarı Cronbach Alpha değeri 0.72; 10 maddeden oluşan ikinci yarı Cronbach Alpha değeri 0.74 bulunmuştur. İki yarı arasındaki korelasyon değerini veren eşdeğerlik katsayısı 0.85'dur. Spearman Brown Katsayısı 0.92; Gutmann Split-Half Güvenirlik Katsayısı 0.92'dir (Tablo 4. 7). Böylece, iç tutarlılık güvenirliğinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

4.3.2.3 Cronbach Alpha ve Omega Katsayısı

Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin iç tutarlığını test etmek için Cronbach Alpha (α) ve Omega Katsayısı (ω-McDonald) analiz yöntemi kullanılmıştır.

Tablo 4. 8 Cronbach Alpha (α) ve Omega Katsayısı (ω) Güvenirlik Analizi

Ölçek ve alt boyutları	**Cronbach Alfa α**	**Omega katsayısı ω**
Merhametli Etkileşim	0.83	0.84
Saygı	0.71	0.72
Rahatlık Sağlama	0.62	0.64
Bilgi Paylaşımı	0.73	0.74
Hemşirelik Uzmanlığı	0.78	0.81
Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği	0.86	0.88

Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin Cronbach Alpha (α) ve Omega (ω) katsayılarına bakılmıştır. Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin Cronbach Alpha (α): 0.86, Omega katsayısı (ω): 0.88 olarak bulunmuştur (Tablo 4. 8). Böylece, Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin Cronbach Alpha ve Omega katsayıları 0.80'nin üzerinde olup, 'yüksek derecede güvenilir' bir ölçek olduğu tespit edilmiştir.

Ayrıca alt boyutları için Cronbach Alpha (α) ve Omega (ω) katsayılarına bakılmıştır. Merhametli etkileşim alt boyutu Cronbach Alpha (α): 0.83, Omega katsayısı (ω): 0.84; saygı alt boyutu Cronbach Alpha (α): 0.71, Omega katsayısı (ω): 0.72; rahatlık sağlama alt boyutu Cronbach Alpha (α): 0.62, Omega katsayısı (ω): 0.64; bilgi paylaşımı alt boyutu Cronbach Alpha (α): 0.73, Omega katsayısı (ω): 0.74; hemşirelik uzmanlığı alt boyutu Cronbach Alpha (α): 0.78, Omega katsayısı (ω): 0.81 olarak bulunmuştur. Bu bilgiler doğrultusunda; ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alpha (α): 0.62 ile 0.83 arasında; Omega katsayısı (ω): 0.64 ile 0.84 arasında bulunmuştur (Tablo 4. 8). Böylece, ölçekte bulunan alt boyutlarının Cronbach Alpha ve Omega katsayıları 0.60'ın üzerinde olup, 'oldukça güvenilir' bir ölçek olduğu tespit edilmiştir.

BÖLÜM 5. TARTIŞMA

Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analiz sonuçlarına ilişkin bulgular toplam üç ana başlık altında tartışılacaktır.

5.1 Dil Uyarlaması Çalışmasının Tartışılması

Ölçme aracının hedef dil ve kültüre uyarlanmasının ilk basamağı, orijinal ölçeğin psikolinguistik özelliklerinin (dil uyarlaması) sınanmasıdır (Çapık ve ark., 2018; Karaçam, 2019). Ölçeğin dil uyarlamasını sınamak için tek taraflı çeviri, çeviri-geri çeviri ve grup çevirisi yöntemleri kullanılmakta olup, ekonomik olduğu için sıklıkla çeviri-geri çeviri yöntemi tercih edilmektedir (Aksayan ve Gözüm, 2002). Çeviri-geri çeviri yönteminde ölçeğin kültürel eşdeğerliğinin sağlanabilmesi için, en az iki bağımsız dil uzmanı tarafından hedef dile çevirinin yapılması ve farklı bir dil bilimci tarafından ölçeğin orijinal diline çevrilmesi gerekmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2003). Bu bilgiler doğrultusunda; ölçeğin dil uyarlaması için çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Birbirinden bağımsız üç uzman (mütercim-tercüman anabilim dalında görevli iki öğretim üyesi ve noter yeminli bir tercüman) tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi yapılmıştır. Türkçe ölçeğin son hali iyi derecede İngilizce bilen bir uzman tarafından İngilizce'ye çevrilmiştir. Geri çevirisi yapılan İngilizce ölçek ve orijinal İngilizce ölçek karşılaştırılıp uyumlu olduğuna karar verilmiştir. Böylece oluşturulan Türkçe ölçeğin dil uyarlaması sağlanmıştır.

5.2 Geçerlilik Çalışmasının Tartışılması

Geçerlilik, bir ölçeğin ölçmek istediği şeyi ölçüp ölçmediğini göstermektir (Aktürk ve Acemoğlu, 2012). Başka bir tanıma göre geçerlilik, bir ölçeğin sadece ölçülmek istenen değişkeni ölçmesi, başka bir özellik veya değişken ile karıştırılmadan ölçülmesi olarak tanımlanmaktadır (Özdemir, 2018). Bu çalışmada geçerliliği ölçmek için kapsam geçerliliği, yüzey geçerliliği ve yapı geçerliliği yöntemleri kullanılmıştır.

Kapsam geçerliliği, ölçeğin bütünü ve ölçekte bulunan maddelerin ölçülmesi istenen yapıyı ne derecede temsil ettiğini belirtmek amacıyla yapılmaktadır (Çam ve Arabacı, 2010; Yeşilyurt ve Çapraz, 2018). Kapsam geçerliliğini değerlendirebilmek için ölçek geliştirme veya uyarlama çalışması deneyimine sahip, ölçülecek ilgili konunun teknik ve yöntemlerine hâkim olan uzmanların görüşlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Literatüre göre kapsam geçerliliği yapabilmek için en az 3, en fazla 40 uzman önerilmektedir. Kapsam geçerliliğini ölçmek için Davis, Lawshe ve Polit-Beck yöntemleri kullanılmakta olup, bu yöntemlerden en sık tercih edilen ise Davis Tekniğidir (Yurdugül, 2005; Polit ve Beck, 2010; Ayre ve Scally, 2014). Davis Tekniğinde; uzmanlar, maddelere yönelik görüşlerini 'A-madde özelliği temsil ediyor (4-puan)', 'B-maddenin biraz düzeltilmeye ihtiyacı var (3-puan)', 'C-maddenin oldukça düzeltilmeye ihtiyacı var (2-puan)' ve 'D-madde özelliği temsil etmez (1-puan)' şeklinde dörtlü derecelendirme ile değerlendirmektedir. Bu tekniğe göre A ve B cevabı veren uzmanların sayısı, toplam uzman sayısına bölünerek ölçeğe ilişkin Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) ve her bir maddenin Kapsam Geçerlilik Oranı (KGO) hesaplanmakta ve ölçüt değer 0.80 olarak kabul edilmektedir (Davis, 1992; Yurdugül, 2005). Bu bilgiler doğrultusunda; ölçeğin kapsam geçerliliğini ölçmek için 'Davis Tekniği' yöntemi kullanılmıştır. Cerrahi hastalıklar hemşireliği anabilim dalında görevli, ölçek geliştirme veya uyarlama çalışmaları konusunda deneyime sahip 20 uzman tarafından değerlendirilmiştir. Ölçeğin KGİ skoru 0.97; ölçekte bulunan her bir maddenin KGO skoru 0.85 ile 1.00 arasında değer aldığı hesaplanmıştır. Ölçeğin KGİ ve ölçekte bulunan her bir maddenin KGO skorları 0.80 ve üstü olduğu için herhangi bir madde ölçekten çıkarılmamış olup, kapsam geçerliliği sağlanmıştır.

Ölçek maddelerinin anlaşılırlığını ve ifadelerin okunabilirliğini belirlemek amacıyla ana örneklem ile aynı özellikleri taşıyan gruba pilot uygulama yapılması gerekmektedir (Deniz, 2007; Erkuş, 2007). Literatüre göre pilot uygulama yapılabilmesi için ana örneklemin %10'u kadar veya 30 kişi ile yapılması önerilmektedir (Ercan ve Kan, 2004; Borsa ve ark., 2012). Bu bilgiler doğrultusunda; araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve ana örneklem ile aynı özellikleri taşıyan 30 ameliyathane hemşiresinin görüşleri alınmıştır. Pilot uygulama sonucunda; anlaşılmayan herhangi bir madde olmadığı için ölçek maddelerinde bir değişiklik yapılmamış olup, yüzey geçerliliği sağlanmıştır.

Yapı geçerliliği, ölçekte bulunan maddelerin cevaplanmaya çalışılan nitelikleri ne derecede doğru ölçtüğünü kanıtlamak amacıyla yapılmaktadır (Ercan ve Kan, 2004). Yapı geçerliliğini ölçmek için küme analizi, hipotez testi, faktör analizi ve iç tutarlılık analiz yöntemleri kullanılmakta olup, bu yöntemlerden en sık tercih edilen ise faktör analizidir (Hill, 2011). Faktör analizi, ölçek maddelerinde bulunan çok sayıda değişkenleri az sayıda değişkenlere indirgemek, farklı gruplar altında toplanıp toplanmayacağını belirlemek amacıyla yapılmaktadır (Büyüköztürk, 2011). Faktör analizi uygulayabilmek için örneklem sayısının yeterli olması ve ölçekte bulunan madde sayısının 10 veya 15 katı kadar kişiden veri toplanması gerekmektedir (Nunnally, 1978; Gorsuch, 1983). Verilerin faktör analizine uygun olup olmadığını değerlendirmek için Örneklem Yeterlilik Testi (Kaiser-Meyer-Olkin-KMO) ve Barlett Küresellik Testi (Bartlett's Test of Sphericity) uygulanması önerilmektedir (Kaiser, 1974; Dziuban ve Shirkey, 1974). KMO testi, örneklem uygunluğunu değerlendirmek için yapılmaktadır. KMO değeri 0.50-0.70 arası 'orta'; 0.70-0.80 arası 'iyi'; 0.80-0.90 arası 'çok iyi' ve 0.90 üzeri ise 'mükemmel' olarak değerlendirilmektedir. Bartlett's testi, verilerin normal dağılıp dağılmadığını değerlendirmek için yapılmaktadır. Bartlett's değeri, ki-kare sonucunun istatiksel açıdan anlamlı ($p < 0.05$) bulunması gerekmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Bu bilgiler doğrultusunda, 20 maddelik Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin faktör analizi için 256 (20 madde x13) ameliyathane hemşiresinden veri toplanmıştır. KMO değeri 0.85 hesaplanmış olup, faktör analizi yapmak için 'çok iyi' örneklem büyüklüğüne sahip olduğu ve verilerin homojen dağıldığı belirlenmiştir. Bartlett's değeri $x2=2062.99$; $p<0.00$ hesaplanmış olup, faktör analizi yapmak için maddeler arasında yeterli korelasyon olduğu belirlenmiştir. Böylece, toplanan veriler faktör analizi yapmaya uygun bulunmuştur.

Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) olmak üzere iki farklı faktör analizi yöntemi bulunmaktadır (Esin, 2014). Kültürlerarası ölçek uyarlama çalışmalarında faktör analizi uygulanırken orijinal faktör yapısından farklı bir faktör yapısı sıklıkla elde edildiği için AFA yapılmadan, DFA ile sınanmasının yeterli olduğu bildirilmektedir (Seçer, 2015). DFA, varolan bir ölçeğin ya da modelin faktör yapısının doğrulanıp doğrulanmadığını test etmek amacıyla yapılmaktadır (Bayram, 2010; Özdamar, 2013). DFA yapıldığında birçok uyum iyiliği indekslerine, faktör yüklerine, t istatistiklerine bakılması ve Path Diyagramı oluşturulması önerilmektedir.

Uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde; χ2 (CMIN/DF), CFI, NFI, IFI, GFI, AGFI, TLI, RMR ve RMSEA verilerinin istenilen düzeyde olması gerekmektedir. χ2 (CMIN/DF) ölçütü 3 ve altı 'mükemmel uyum'; 5 ve altı 'kabul edilebilir uyum' olarak değerlendirilmektedir. CFI ve IFI ölçütü 0.95 ve üzeri 'mükemmel uyum'; 0.85 ve üzeri 'kabul edilebilir uyum' olarak değerlendirilmektedir. NFI ölçütü 0.95 ve üzeri 'mükemmel uyum'; 0.80 ve üzeri 'kabul edilebilir uyum' olarak değerlendirilmektedir. GFI, AGFI ve TLI ölçütü 0.90 ve üzeri 'mükemmel uyum'; 0.80 ve üzeri 'kabul edilebilir uyum' olarak değerlendirilmektedir. RMSEA ve RMR ölçütü 0.05 ve altı 'mükemmel uyum'; 1.00 ve altı 'kabul edilebilir uyum' olarak değerlendirilmektedir (Hooper ve ark., 2008; Simon ve ark., 2010). Ölçeğin faktör yükleri incelendiğinde; alt boyut ve maddeler arasındaki faktör yükleri 0.30 ve üzerinde olması gerekmektedir. 0.30 altında faktör yükü alan maddeler ölçekten çıkarılması önerilmektedir (Harrington, 2009; Büyüköztürk, 2011). Maddelere ilişkin t istatistikleri incelendiğinde; t değeri 1.96 üzerinde puan alıyorsa 0.05 düzeyinde; 2.56 üzerinde puan alıyorsa 0.01 düzeyinde anlamlı olduğu kabul edilmektedir. Anlamsız olan maddeler ölçekten çıkarılması önerilmektedir (Jöreskog ve Sörbom, 1996; Çokluk ve ark., 2012). Bu bilgiler doğrultusunda; ölçeğe DFA uygulanmıştır. Ölçeğin uyum indeksleri incelendiğinde χ2 (CMIN/DF)=2.12 ile mükemmel uyum; GFI=0.88, AGFI=0.84, CFI=0.91, RMSEA=0.07, RMR=0.06, NFI=0.84, TLI=0.89 ve IFI=0.91 ile kabul edilebilir uyum gösterdiği saptanmıştır (p=0.00). Ölçeğin faktör yükleri incelendiğinde; 0.30 altında madde olmadığı ve faktör yükleri 0.47 ile 0.93 arasında kabul edilebilir sınırda olduğu tespit edilmiştir. Maddelere ilişkin t istatistikleri incelendiğinde; bütün maddelerin 6.38 ile 12.74 arası puan aldığı 0.01 düzeyinde anlamlı olduğu görülmektedir. Path diyagramı incelendiğinde; 20 madde ve 5 alt boyut faktörlü ölçek yapısıyla uyum gösterdiği belirlenmiştir.

5.3 Güvenirlik Çalışmasının Tartışılması

Güvenirlik, bir ölçeğin hatalardan arınık olarak doğru ölçüm yapmasını göstermektir (Aktürk ve Acemoğlu, 2012; Kartal ve Dirlik, 2016). Başka bir tanıma göre güvenirlik, bir ölçeğin tutarlılığı, kararlılığı, hatalardan arınmışlığı, değişmezliği, yeterliliği ve eşdeğerliliğinin sağlanması olarak tanımlanmaktadır (Aksayan ve Gözüm, 2002). Bu çalışmada güvenirlik analizinde iç tutarlılığı ölçmek için madde analizi, test yarılama analizi, Cronbach Alpha ve Omega katsayıları yöntemleri kullanılmıştır.

Madde analizi, ölçeğin maddelerinin ayırt ediciliğini ve maddelerin toplam puanı yordama derecesini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Maddelerin toplam puanı yordama derecesini belirlemek için madde toplam puan korelasyonu yöntemi kullanılması önerilmektedir. Madde toplam puan korelasyonu; ölçekte bulunan her bir maddenin puanı ile ölçeğin bütün puanı kıyaslanarak aralarındaki ilişki düzeyini incelemektedir. Madde toplam puan korelasyonu pozitif yönde ve yüksek olması, ölçeğin her bir maddesinin benzer olduğunu ve iç tutarlılığının yüksek olduğunu belirtmektedir. Madde toplam puan korelasyonunun yeterli olabilmesi için gerekli minimum değer 0.30 olarak belirtilmektedir (Kline, 2000). Maddelerin ayırt ediciliğini belirlemek için ise %27'lik alt-üst grup puanlarının karşılaştırılması yöntemi kullanılması önerilmektedir. %27'lik alt-üst grup puanlarının karşılaştırılması; ölçekten elde edilen puanlar büyükten küçüğe doğru sıralanmakta, %27'si büyük puandan oluşan 'üst grup' ve %27'si küçük puandan oluşan 'alt grup' puanları bağımsız grup t-testi ile kıyaslanarak aralarındaki ilişki düzeyini incelemektedir. Karşılaştırma sonucunda alt ve üst grup madde puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.00$) bir farklılık bulunması gerekmektedir (Brennan, 1972; Büyüköztürk, 2011). Bu bilgiler doğrultusunda; tüm maddelerin madde toplam puan korelasyon değeri 0.31 ile 0.76 arasında değişkenlik göstermekte olup, 0.30'un altında kalan madde olmadığı bulunmuştur. Böylece, tüm maddelerin birbiri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. %27'lik alt-üst grup karşılaştırılmaları sonucu, madde puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p=0.00$). Böylece, istenen niteliği ölçmesi bağlamında ayırt edici olduğu belirlenmiştir.

Test-tekrar test yönteminde süre problemi yaşanmaktadır ve paralel test yönteminde eş değer ölçek bulma sorunu yaşanmaktadır. İki yarıya bölme yönteminde ise fiziksel, bilişsel, psikolojik ve çevresel faktörlerin aynı olması test-tekrar test ve paralel test yöntemine kıyasla daha güçlü olduğu için önerilmektedir. İki yarıya bölme analizinde; bir ölçeğin maddeleri ilk yarı-son yarı, tek-çift veya yansız yöntemlerinden biri kullanılarak ölçek iki eşit parçaya bölünmesinden elde edilen ortalamaların ve varyansların paralellik göstermesi gerekmektedir. Spearman-Brown tarafından geliştirilen yöntem kullanılarak, iki eşit parçadan elde edilen ölçümün Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı analizi ile hesaplanmaktadır. Hesaplanan güvenirlik katsayılarının ölçüt değeri 0.70 ve üzerinde olması gerekmektedir (Aksayan

ve Gözüm, 2002; Eisinga ve ark., 2013; Warrens, 2015). Bu bilgiler doğrultusunda; Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin Spearman Brown ve Gutmann Split-Half güvenirlik katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur. Böylece, Spearman Brown ve Gutmann Split-Half güvenirlik katsayısı 0.70'in üzerinde olup, iç tutarlılık güvenirliğinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

Likert tipi ölçek uyarlama çalışmalarında ölçeğin ve ölçekte bulunan alt boyutların homojenliğini belirlemek için sıklıkla Cronbach Alpha katsayısı kullanılmaktadır (Özdemir, 2018; Kartal ve Dirlik, 2016). Çok faktörlü maddesi bulunan ölçeklerde Cronbach Alpha değerine alternatif olarak Omega güvenirlik katsayısının da hesaplanması önerilmektedir (Ercan ve ark., 2007; Hayes ve Coutts, 2020). Heise ve Bohrnstedt (1970) tarafından önerilen Omega katsayısı; doğrulayıcı faktör analizinde bulunan standartlaştırılmamış faktör yükünün toplamının karesinin, maddelerin hata varyanslarının toplanmasıyla elde edilen değere bölümüyle elde edilmektedir (McDonald, 1999; Yurdugül, 2006). Omega (ω) ve Cronbach Alpha (α) katsayısı değeri; 0.00-0.40 arası 'güvenilir değil'; 0.40-0.60 arası 'düşük güvenirlikte', 0.60-0.80 arası 'oldukça güvenilir' ve 0.80-1.00 arası 'yüksek derecede güvenilir' bir ölçek olarak değerlendirilmektedir (Tavşancıl, 2005; Kılıç, 2016; Padilla ve Divers, 2016; Ravinder ve Saraswathi, 2020). Bu bilgiler doğrultusunda; Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin Cronbach Alpha katsayısı (α): 0.86, Omega katsayısı (ω): 0.88 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayısı (α): 0.62 ile 0.83 arasında; Omega katsayısı (ω): 0.64 ile 0.84 arasında bulunmuştur. Böylece, Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin Cronbach Alpha ve Omega katsayıları 0.80'nin üzerinde olup, 'yüksek derecede güvenilir'; ölçekte bulunan alt boyutlarının Cronbach Alpha ve Omega katsayıları 0.60'ın üzerinde olup, 'oldukça güvenilir' bir ölçek olduğu belirlenmiştir.

BÖLÜM 6. SONUÇ

6.1 Özet

Amaç: Bu araştırma; Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'ni Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Metodolojik tipte gerçekleştirilen araştırma, İstanbul ilinde bulunan dört kamu hastanesinin ameliyathane ünitesinde Ekim 2021-Kasım 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın çalışma evreninden olasılıksız rastlantısal örneklem yöntemiyle seçilmiş ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 256 ameliyathane hemşiresine ulaşılmıştır. Veriler, 'Hemşire Sosyodemografik ve Mesleki Tanıtım Formu' ve 'Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği' kullanılarak toplanmıştır. Geçerlilik analizinde kapsam, yüzey ve yapı geçerliliği; güvenirlik analizinde madde analizi, iki yarıya bölme, Cronbach alpha ve Omega katsayıları kullanılmıştır.

Bulgular: Ölçeğin çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılarak dil uyarlaması sağlanmıştır. Kapsam Geçerlilik İndeksi 0.97 bulunmuştur. Kaiser-Meyer-Olkin değeri 0.85; Bartlett's değeri x2=2062.99, p<0.00 hesaplanmıştır. Model uyum incelemesinde $\chi 2$ (CMIN/DF)=2.12 ile mükemmel uyum; GFI=0.88, AGFI=0.84, CFI=0.91, RMSEA= 0.07, RMR=0.06, NFI=0.84, TLI=0.89 ve IFI=0.91 ile kabul edilebilir uyum gösterdiği saptanmıştır. Spearman Brown katsayısı 0.92; Cronbach Alpha 0.86 ve Omega katsayısı 0.88 bulunmuştur.

Sonuç: Sonuç olarak; Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin Türk dili ve kültürüne uygun, geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir.

6.2 Yargı

Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda;

Dil uyarlamasında çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılarak test edilen ölçeğin orijinal ölçek ile uyumlu olduğu belirlenmiş, dil eşdeğerliliği sağlanmıştır.

Kapsam geçerliliğinde Davis Tekniği yöntemi kullanılarak 20 uzmandan görüş alınmış ve KGO skoru 0.85 ile 1.00 arasında değer aldığı bulunmuş, hiçbir madde ölçekten çıkarılmamıştır.

Yüzey geçerliliğinde pilot uygulama yöntemi kullanılarak 30 ameliyathane hemşiresinden görüş alınmış ve maddelerin anlam, ifade ve cevaplama süresi yönünden uygun olduğu belirlenmiş, maddelerde değişiklik yapılmamıştır.

Yapı geçerliliğinde KMO değeri 0.85; Bartlett's değeri $x2=2062.99$, $p<0.00$ hesaplanmış olup, çok iyi örneklem büyüklüğüne sahip olduğu ve verilerin faktör analizi yapmaya uygun olduğu bulunmuştur.

Faktör analizinde DFA yöntemi kullanılarak model-veri uyuma bakıldığında $\chi 2$ (CMIN/DF)=2.12 ile mükemmel uyum; GFI=0.88, AGFI=0.84, CFI=0.91, RMSEA= 0.07, RMR=0.06, NFI=0.84, TLI=0.89 ve IFI=0.91 ile kabul edilebilir uyum gösterdiği saptanmıştır.

Ölçeğin faktör yükleri 0.47 ile 0.93 arasında sıralandığı ve maddelere ilişkin t istatistikleri 6.38 ile 12.74 arası puan aldığı 0.01 düzeyinde anlamlı olduğu bulunmuş olup, ölçeği oluşturan 20 madde ve 5 alt boyut faktörlü ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Madde analizinde madde toplam puan korelasyon değerleri 0.31 ile 0.76 arasında sıralandığı ve %27'lik alt-üst grup puan ortalamaları arasındaki farkların anlamlı olduğu bulunmuş olup, tüm maddelerin birbiri ile ilişkili olduğu ve maddelerin istenen niteliği ölçmesi bağlamında ayırt edici olduğu belirlenmiştir.

İki yarıya bölme analizinde Spearman Brown ve Gutmann Split-Half güvenirlik katsayısı 0.92 bulunmuş olup, ölçeğin iç tutarlılık güvenirliğinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin Cronbach Alpha katsayısı 0.86 ve Omega katsayısı 0.88 bulunmuş olup, yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir.

Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayısı 0.62 ile 0.83 arasında; Omega katsayısı 0.64 ile 0.84 arasında bulunmuş olup, oldukça güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir.

Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin orijinal ölçeğe benzer olduğu 20 madde ve 5 alt boyuttan (merhametli etkileşim, saygı, rahatlık sağlama, bilgi paylaşımı ve hemşirelik uzmanlığı) oluştuğu görülmektedir.

Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin psikolinguistik ve psikometrik özellikleri incelenerek, Türk kültürüne uygun geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlenmiştir.

6.3 Öneriler

Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının yapılması sonucunda geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu bulunmuştur. Bu sonuca göre Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin;

Ülkemizde ameliyat için hastaneye yatışı yapılan hastaların birey merkezli bakım düzeylerinin değerlendirmesi amacı ile bakım veren perioperatif hemşireler tarafından kullanılması,

Perioperatif dönemde birey merkezli bakımı tanılama ve uygulama ile ilgili deneysel çalışmalarda kullanılması,

Perioperatif hemşirelik alanında birey merkezli bakımın değerlendirilmesi ve bakımı etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmalarda kullanılması,

Hemşirelerde ve hastalarda birey merkezli bakımı etkileyebilecek diğer faktörler de dikkate alınarak değişik çalışmaların planlanması ve uygulanması önerilmektedir.

EK'LER

EK-1 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

…/…/20..

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Nadide Yılmaz Esenboğa tarafından yürütülen "Birey merkezli perioperatif hemşirelik ölçeği (PCPON): Türkçeye uyarlama, geçerlilik ve güvenirlik çalışması" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. **Araştırmayla İlgili Bilgiler:**

Araştırmanın Amacı:

Bu araştırma, Soyeung Shin ve Jiyeon Kang (2019) tarafından geliştirilen Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik (PCPON) ölçeğinin Türk dilinde geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılarak Türk toplumuna kazandırılması amacıyla planlanmıştır.

Araştırma İçeriği:

Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden Bilgilendirilmiş Onam Formunu okumaları ve imzalamaları, imzalayan kişilere 'Hemşire Sosyodemografik ve Mesleki Tanıtım Formu' ve 'Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği' uygulanacaktır.

Araştırma Nedeni: Yüksek Lisans Tez Çalışması

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

İmzası:

Not: *Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.*

EK-2 HEMŞİRE SOSYODEMOGRAFİK VE MESLEKİ TANITIM FORMU

Sayın Katılımcı;

Maltepe Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı kapsamında planlanmış Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği: Türkçe' ye Uyarlama, Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması adlı olan araştırmaya davet edilmiş bulunmaktasınız. Araştırmada yer almak sizin isteğinize bağlıdır. Bu formda ameliyathane hemşirelerinin tanıtıcı bilgileri ile ilgili sorular yer almaktadır. Her soruyu dikkatlice okuduktan sonra size en uygun seçeneği işaretleyiniz. Bilgileriniz saklı kalacak ve veriler konu ile ilgili yapılacak makale için kullanılacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Hemşire Nadide Yılmaz Esenboğa

1) Cinsiyetiniz nedir?

   A. Kadın
   B. Erkek
   C. Belirtmek istemiyorum

2) Yaşınız nedir?

   ……(yıl)

3) Medeni durumunuz nedir?

   A. Evli
   B. Bekar

4) Eğitim durumunuz nedir?

   A. Sağlık Meslek Lisesi
   B. Ön Lisans
   C. Lisans
   D. Lisansüstü/Doktora

5) Hemşirelik mesleğinde toplam çalışma yılınız nedir?

……(yıl)

6) Ameliyathanede çalışma yılınız nedir?

……(yıl)

7) Mesleğinize ait herhangi bir derneğe üye misiniz?

A. Evet
B. Hayır

8) Hemşirelik eğitiminizde birey merkezli bakım konusunda eğitim aldınız mı?

A. Evet
B. Hayır

9) Birey merkezli perioperarif hemşirelik bakım hakkında bir makale okudunuz mu?

A. Evet
B. Hayır

10) Perioperatif hemşirelikte kanıta dayalı uygulamalar hakkında herhangi kurs, hizmet içi eğitim veya kongreye katıldınız mı?

A. Evet
B. Hayır

11) Perioperatif dönemde hastalara bireyselleştirilmiş bakım verildiğini düşünüyor musunuz?

A. Evet
B. Hayır (açıklayınız)…..

EK-3 BİREY MERKEZLİ PERİOPERATİF ÖLÇEĞİ (Türkçe Versiyonu)

Aşağıdaki sorular birey merkezli perioperatif hemşirelik ile ilgilidir. Lütfen her sorunun ilgili sütununu "X" işareti ile doldurunuz.

1: Hiçbir zaman 2: Nadiren 3: Ara sıra 4: Sıklıkla 5: Her zaman

No	Sorular	1	2	3	4	5
1	Hasta duygularını ifade ettiğinde empati kurarım.					
2	Hastayı aktif olarak dinlerim.					
3	Konuşamayan hastalarla sözsüz iletişim kurmaya çalışırım.					
4	Sözlerimle ya da davranışlarımla hastanın kaygısını azaltmaya çalışırım.					
5	Hastanın anlayabileceği kelimeler kullanırım.					
6	Hastanın ihtiyaçlarını (örneğin, solunum, boşaltım) sık sık kontrol ederim.					
7	Hasta için saygı ifade eden kelimeler kullanırım.					
8	Hastaya uygun bir unvanla hitap ederim.					
9	Hastanın vücudunu gereksiz yere açıkta bırakmaktan kaçınırım.					
10	Hastanın ihtiyacına veya sorularına hızlı yanıt veririm.					
11	Hastanın ameliyat öncesi öyküsünü incelerim.					
12	Hastanın cerrahi pozisyondan kaynaklanan rahatsızlığını belirler ve uygun girişimde bulunurum.					

13	Hastanın üşüyüp üşümediğini kontrol eder ve uygun girişimde bulunurum.					
14	Hastanın ağrı şikayeti varsa uygun girişimde bulunurum.					
15	Ameliyattan önce hastaya işlemle ilgili açıklama yaparım.					
16	Hastaya ameliyatın gecikme nedenini açıklarım.					
17	Herhangi bir hemşirelik girişiminden önce hastaya açıklama yaparım.					
18	Düzenli olarak perioperatif hemşirelik eğitimine katılırım.					
19	Perioperatif hemşirelik konusunda kalite iyileştirme faaliyetlerine katılırım.					
20	Hastaların tedavisinde diğer bölümlerle işbirliği yaparım.					

EK-4 ÖLÇEK ORİJİNAL VERSİYON

Person-centered Perioperative Nursing Scale (English version)

The following questions are about person-centered Perioperative Nursing. Please fill in the "V" mark in the relevant column of each question.

1: Not at all 2: A little bit 3: Moderately 4: Quite a bit 5: Very much

No.	Items	1	2	3	4	5
1	I empathize when the patient expresses emotions.	1	2	3	4	5
2	I actively listen to the patient.	1	2	3	4	5
3	I attempt nonverbal communication with patients who cannot speak.	1	2	3	4	5
4	I try to reduce the anxiety of the patient through words or actions.	1	2	3	4	5
5	I use terms patients can understand.	1	2	3	4	5
6	I often check the patient's needs (e.g., breathing, voiding).	1	2	3	4	5
7	I use honorific words for the patient.	1	2	3	4	5
8	I call the patient by a proper title.	1	2	3	4	5
9	I avoid unnecessary body exposure of the patient.	1	2	3	4	5
10	I respond quickly to the patient's needs or questions.	1	2	3	4	5
11	I look at the patient's preoperative history.	1	2	3	4	5
12	I identify the patient's discomfort from the surgical position and take appropriate action.	1	2	3	4	5
13	I check whether the patient is feeling cold and take appropriate action.	1	2	3	4	5
14	If the patient complains of pain, I take appropriate action.	1	2	3	4	5
15	I explain the procedure to the patient before surgery.	1	2	3	4	5

16	I explain the reason for a delay in the operation to the patient.	1	2	3	4	5
17	I provide the patient with an explanation before taking any nursing action.	1	2	3	4	5
18	I regularly attend perioperative nursing education.	1	2	3	4	5
19	I participate in quality improvement activities on perioperative nursing.	1	2	3	4	5
20	I cooperate with other departments to treat patients.	1	2	3	4	5

EK-5 DİL GEÇERLİLİĞİ UZMAN LİSTESİ

Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'ni İngilizce'den Türkçe'ye Çeviren Uzmanların Listesi		
Adı-Soyadı	**Mesleği**	**Çalıştığı Kurum**
Dr. Öğr. Üyesi Duygu DUMAN	Mütercim-Tercümanlık (İngilizce) Anabilim Dalı	Haliç Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Nesrin BAKIRCI TOKSÖZ	Mütercim-Tercümanlık (İngilizce) Anabilim Dalı	Arel Üniversitesi
Kerem KALKANCI	Noter Yeminli Tercüman	Bağımsız

Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'ni Türkçe'den İngilizce'ye Çeviren Uzman Listesi		
Adı-Soyadı	**Mesleği**	**Çalıştığı Kurum**
PhD. Ayşe TOSUN	Hemşire	Bağımsız

EK-6 UZMAN DEĞERLENDİRME FORMU

Sayın Hocam,

"BİREY MERKEZLİ PERİOPERATİF HEMŞİRELİK ÖLÇEĞİ (PCPON): TÜRKÇE'YE UYARLAMA, GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI" başlıklı araştırmanın kapsamında İngilizce'den Türkçe'ye kazandırılması amaçlanan ölçeğin uzman görüşüne ihtiyacımız vardır. Uzman görüşleri;

A- Madde özelliği temsil ediyor

B- Maddenin biraz düzeltilmeye ihtiyacı var

C- Maddenin oldukça düzeltilmeye ihtiyacı var

D- Madde özelliği temsil etmez

Aşağıda yer alan formda ilgili madde karşısında yer alan A, B, C ve D numaralı seçeneklerden uygun olanı işaretlemenizi; B, C ve D numaralı seçeneklerden birini işaretlediğiniz takdirde o ifadeler ile ilgili Türkçe önerinizi de ifade etmenizi rica ederiz.

Değerli katkılarınız için teşekkür ederiz.

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Seher Yurt

Yüksek Lisans Tezi Öğrencisi: Nadide Yılmaz Esenboğa

NO	MADDELER	A	B	C	D
1	I empathize when the patient expresses emotions. Hasta duygularını ifade ettiğinde empati kurarım. **Öneriniz:…….**				
2	I actively listen to the patient. Hastayı aktif olarak dinlerim. **Öneriniz:……**				
3	I attempt nonverbal communication with patients who cannot speak. Konuşamayan hastalarla sözsüz iletişim kurmaya çalışırım. **Öneriniz:…….**				
4	I try to reduce the anxiety of the patient through words or actions. Sözlerimle ya da davranışlarımla hastanın kaygısını azaltmaya çalışırım. **Öneriniz:…….**				
5	I use terms patients can understand. Hastaların anlayabileceği kelimeler kullanırım. **Öneriniz:…….**				
6	I often check the patient's needs (e.g., breathing, voiding). Hastanın ihtiyaçlarını (örneğin, solunum, boşaltım) sık sık kontrol ederim. **Öneriniz:…….**				
7	I use honorific words for the patient.				

	Hasta için saygı ifade eden kelimeler kullanırım. **Öneriniz:…….**				
8	I call the patient by a proper title. Hastayı uygun bir unvanla çağırırım. **Öneriniz:…….**				
9	I avoid unnecessary body exposure of the patient. Hastanın vücudunun gereksiz yere teşhir edilmesinden kaçınırım. **Öneriniz:…….**				
10	I respond quickly to the patient's needs or questions. Hastanın ihtiyacına veya sorularına hızlı yanıt veririm. **Öneriniz:…….**				
11	I look at the patient's preoperative history. Hastanın preoperatif öyküsünü incelerim. **Öneriniz:…….**				
12	I identify the patient's discomfort from the surgical position and take appropriate action. Hastanın cerrahi pozisyondan kaynaklanan rahatsızlığını belirler ve uygun önlemleri alırım. **Öneriniz:…….**				
13	I check whether the patient is feeling cold and take appropriate action. Hastanın üşüyüp üşümediğini kontrol ederim ve uygun önlemleri alırım. **Öneriniz:…….**				
14	If the patient complains of pain, I take appropriate action.				

	Hasta ağrıdan şikayet ederse uygun önlemleri alırım. **Öneriniz:…….**				
15	I explain the procedure to the patient before surgery. Ameliyattan önce hastaya prosedürü açıklarım. **Öneriniz:…….**				
16	I explain the reason for a delay in the operation to the patient. Hastaya ameliyatın gecikme nedenini açıklarım. **Öneriniz:…….**				
17	I provide the patient with an explanation before taking any nursing action. Herhangi bir hemşirelik girişiminden önce hastaya açıklama yaparım. **Öneriniz:…….**				
18	I regularly attend perioperative nursing education. Düzenli olarak perioperatif hemşirelik eğitimine katılırım. **Öneriniz:…….**				
19	I participate in quality improvement activities on perioperative nursing. Perioperatif hemşirelik konusunda kalite iyileştirme faaliyetlerine katılırım. **Öneriniz:…….**				
20	I cooperate with other departments to treat patients. Hastaların tedavisinde diğer bölümlerle işbirliği yaparım. **Öneriniz:…….**				

EK-7 KAPSAM GEÇERLİLİĞİ UZMAN LİSTESİ

Adı-Soyadı	Mesleği	Çalıştığı Kurum
1) Prof. Dr. Aysel GÜRKAN	Akademisyen (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı)	Marmara Üniversitesi
2) Prof. Dr. Azize KARAHAN	Akademisyen (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı)	Başkent Üniversitesi
3) Prof. Dr. Dilek AYGİN	Akademisyen (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı)	Sakarya Üniversitesi
4) Prof. Dr. Ayla GÜRSOY	Akademisyen (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı)	Antalya Bilim Üniversitesi
5) Prof. Dr. Fatma CEBECİ	Akademisyen (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı)	Akdeniz Üniversitesi
6) Prof. Dr. Hayriye ÜNLÜ	Akademisyen (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı)	Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi
7) Prof. Dr. İkbal ÇAVDAR	Akademisyen (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı)	Florence Nightingale Üniversitesi
8) Prof. Dr. Neriman AKYOLCU	Akademisyen (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı)	İstinye Üniversitesi
9) Prof. Dr. Neziha KARABULUT	Akademisyen (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı)	Atatürk Üniversitesi

10) Doç. Dr. Melek Serpil TALAS	Akademisyen (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı)	Haccettepe Üniversitesi
11) Doç. Dr. Şenay KARADAĞ ARLI	Akademisyen (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı)	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
12) Doç. Dr. Sevilay ERDEN	Akademisyen (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı)	Çukurova Üniversitesi
13) Doç. Dr. Serpil YÜKSEL	Akademisyen (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı)	Necmettin Erbakan Üniversitesi
14) Doç. Dr. Yeşim YAMAN AKTAŞ	Akademisyen (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı)	Giresun Üniversitesi
15) Dr. Öğr. Üyesi Altun BAKSİ	Akademisyen (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı)	Süleyman Demirel Üniversitesi
16) Dr. Öğr. Üyesi Nursel VATANSEVER	Akademisyen (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı)	Uludağ Üniversitesi
17) Dr. Öğr. Üyesi Züleyha ŞİMŞEK YAMAN	Akademisyen (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı)	Kocaeli Üniversitesi
18) Dr. Öğr. Üyesi Hülya SARAÇ KILIÇ	Akademisyen (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı)	BilecikŞey Edebali Üniversitesi
19) Dr. Öğr. Üyesi Semra EYİ	Akademisyen (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
20) Dr. Öğr. Üyesi Yeliz SÜRME	Akademisyen (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı)	Erciyes Üniversitesi

EK-8 ÖLÇEK KULLANIM İZNİ

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

EK-9 ETİK KURUL ONAY

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

EK-10 T.C İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZNİ

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

EK-11 ÖLÇEĞİN SON ŞEKLİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ İÇİN ATILAN MAİL

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

EK-12 ALINAN BELGELER

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

KAYNAKÇA

Acaroğlu, R., Şendir, M., Kaya, H., & Sosyal, E. (2007). Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının hasta memnuniyeti ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesine etkisi. *Florence Nightingale Journal of Nursing, 15*(59), 61–67.

Airagnes, G., Consoli, S. M., De Morlhon, O., Galliot, A. M., Lemogne, C., & Jaury, P. (2014). Appropriate training based on Balint groups can improve the empathic abilities of medical students: A preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research, 76*(5), 426–429. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.03.005

Aksayan, S., & Gözüm, S. (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, *4*(1), 9-14.

Aktürk, Z., & Acemoğlu, H. (2012). Tıbbi araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlilik. *Dicle Tıp Dergisi*, *39*(2), 316-319. doi: 10.5798/diclemedj.0921.2012.02.0150

Albaqawi, H. M., Butcon, V. E., Albagawi, B. S., Dayrit, R. D., & Pangket, P. (2021). Holistic nursing care among operating room nurses: Strengthening the standard of practice in Saudi Arabia. *Belitung Nursing Journal, 7*(1), 8-14. doi: 10.33546/bnj.1279

American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care, Brummel-Smith, K., Butler, D., Frieder, M., Gibbs, N., Henry, M., & Vladeck, B. C. (2016). Person-centered care: A definition and essential elements. *Journal of the American Geriatrics Society, 64*(1), 15-18. doi: 10.1111/jgs.13866

Anderson, H. (2001). Postmodern collaborative and person-centred therapies: What would Carl Rogers say?. *Journal of Family Therapy*, *23*(4), 339–360. doi:10.1111/1467-6427.00189

Arakelian, E., Swenne, C. L., Lindberg, S., Rudolfsson, G., & von Vogelsang, A. C. (2017). The meaning of person-centred care in the perioperative nursing context from the patient's perspective-an integrative review. *Journal of Clinical Nursing, 26*(17-18), 2527–2544. doi: 10.1111/jocn.13639

Arslanoğlu, A., & Kırılmaz, H. (2019). Hasta merkezli bakım yetkinliği (HMBY) ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 6*(2), 158-166.

Aslan, F. E. (2009). Cerrahi hemşireliğinin tarihçesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 12*(1), 104-113.

Association of periOperative Registered Nurses (2015). Guidelines for perioperative practice [Internet]. Available from: https://www.aorn.org/guidelines/clinical-resources/aornstandards

Atar, N. Y., & Aştı, T. A., (2012). Bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ölçeğinin güvenirlik ve geçerliği. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, *20*(2), 129-139.

Ay, F., & Alpar, E. Ş. (2010). Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. *Ağrı, 22*(1), 21-29.

Ayre, C., & Scally, A. J. (2014). Critical values for Lawshe's content validity ratio: Revisiting the original methods of calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 47*(1), 79–86. doi: 10.1177/0748175613513808.

Baker, J. D. (2017). Nursing research, quality improvement, and evidence-based practice: The key to perioperative nursing practice. *AORN Journal, 105*(1), 3–5. doi:10.1016/j.aorn.2016.11.020

Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *The Journal of the Royal College of General Practitioners, 17*(82), 269.

Ball, J. R., & Balogh, E. (2016). Improving diagnosis in health care: Highlights of a report from the national academies of sciences, engineering, and medicine. *Annals of Internal Medicine, 164*(1), 59-61. doi:10.7326/m15-2256

Bayındır, S. K. & Biçer, S. (2019). Holistik hemşirelik bakımı. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4*(1), 25-29.

Bayram, N. (2010). *Yapısal eşitlik modellemesine giriş*, Ekin Kitabevi, Bursa.

Beatrice, D. F., Thomas, C. P., & Biles, B. (1998). Essay: Grant Making With An Impact: The Picker/Commonwealth Patient-Centered Care Program: A successful multimillion-dollar program offers lessons to grantmakers about how a foundation can advance a field. *Health Affairs*, *17*(1), 236-244. doi: 10.1377/hlthaff.17.1.236

Bergström, A., Håkansson, Å., Stomberg, M. W., & Bjerså, K. (2018). Comfort theory in practice—Nurse anesthetists' comfort measures and interventions in a preoperative context. *Journal of Perianesthesia Nursing, 33*(2), 162-171. doi: 10.1016/j.jopan.2016.07.004

Bilge, F. (1997). Danışandan hız alan ve bilişsel davranışçı yaklaşımlarla yapılan grupla psikolojik danışmanın üniversite öğrencilerinin kızgınlık düzeyleri üzerindeki etkileri. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi , 2*(8), 9-16.

Blomberg, A. C., Bisholt, B., & Lindwall, L. (2018). Responsibility for patient care in perioperative practice. *Nursing Open, 5*(3), 414-421. doi: 10.1002/nop2.153

Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Cross-cultural adaptation and validation of psychological instruments*:* Some considerations. *Paidéia (Ribeirão Preto), 22*(53), 423–432. doi: 10.1590/S0103-863X2012000300014

Boz, I., & Akgün, M. (2019). İnfertilitede birey merkezli bakım yaklaşımı. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 16*(2), 170-175.

Bölükbaş, N., & Birlikbaş, S. (2019). ERAS rehberleri cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolleri. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 2*(3), 194-205.

Brennan, R. (1972). A generalized upper-lower item discrimination index. *Educational and Psychological Measurement, 32*(2), 289-303. doi: 10.1177/001316447203200206

Broderick, M. C., & Coffey, A. (2012). Person-centred care in nursing documentation. *International Journal of Older People Nursing, 8*(4), 309–318. doi:10.1111/opn.12012

Bulduk, S., Çetin, H., & Usta, E. (2015). Birey merkezli yaklaşım yaşlıların acil bakımında olası mıdır? *G.O. P. Taksim E.A.H. Jaren, 1*(1), 45-50. doi: 10.5222/jaren.2015.045

Büyüköztürk, Ş. (2011). *Veri analizi el kitabı.* (14.Baskı), Ankara:Pegem Akademi,167-182.

Büyükyılmaz, F., & Aştı, T. (2009). Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12*(1), 84-93.

Candan, D.Y., & Özbayır, T. (2008). "Kaliteli perioperatif hemşirelik bakım skalası good perioperative of nursing care scale"nın Türk hemşire ve hastaları için geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 24*(2), 1-22.

Ceylan, B. (2014). Hemşirelikte bireyselleştirilmiş bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 30*(3), 59-67.

Charmel, P. A., & Frampton, S. B. (2008). Building the business case for patient-centered care: Patient-centered care has the potential to reduce adverse events, malpractice claims, and operating costs while improving market share. *Healthcare Financial Management, 62*(3), 80–85.

Cleary, P. D., Edgman-Levitan, S., Walker, J. D., Gerteis, M., & Delbanco, T. L. (1993). Using patient reports to improve medical care: A preliminary report from 10 hospitals. *Quality Management in Health Care, 2*(1), 31-38. doi: 10.1097/00019514-199302010-00007

Constand, M. K., MacDermid, J. C., Dal Bello-Haas, V., & Law, M. (2014). Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Services Research, 14*(1), 1-9. doi:10.1186/1472-6963-14-271

Cox, T. (2003). Theory and exemplars of advanced practice spiritual intervention. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery, 9*(1), 30–34. doi:10.1016/s1353-6117(02)00103-8

Çam, M. O., & Arabacı, B. L. (2010). Tutum ölçeği hazırlamada nitel ve nicel adımlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 12*(2), 59-71.

Çapık, C., Gözüm, S., & Aksayan, S. (2018). Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 26*(3), 199-210.

Çevik, E. (2012). Ameliyathanede hastaların hemşirelik bakım kalitesi hakkında düşüncelerinin ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,* Trakya.

Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., & Büyüköztürk, Ş. (2012). *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve LISREL uygulamaları* (Vol. 2). Ankara: Pegem Akademi.

Çopur, Ö. E., & Emiroğlu, O. N. (2017). Birey odaklı bakım ve halk sağlığı hemşireliği uygulamalarındaki önemi. *Türkiye Klinikleri Public Health Nursing-Special Topics, 3(*2), 61-65.

Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research, 5*(4), 194-197. doi: 10.1016/S0897-1897(05)80008-4.

Delaney, L. J. (2018). Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian, 25*(1), 119-123. doi: 10.1016/j.colegn.2017.02.005

Deniz, Z. (2007). The adaptation of psychological scales. *Journal of Faculty of Educational Sciences, 40*(1), 1-16.

Dick, T. K., Patrician, P. A., & Loan, L. A. (2017). The value of nursing care: A concept analysis. *Nursing Forum, 52*(4), 357–365. doi:10.1111/nuf.12204

Dziuban, C. D., & Shirkey, E. C. (1974). When is a correlation matrix appropriate for factor analysis?. Some decision rules. *Psychological Bulletin, 81*(6), 358-361. doi: 10.1037/h0036316

Eaton, S., Roberts, S., & Turner, B. (2015). Delivering person centred care in long term conditions. *BMJ, 350* (feb10 14), h181–h181. doi:10.1136/bmj.h181

Edeer, D. S., Sarıkaya, A., & Baksi, A. (2018). Ameliyat öncesi dönem hasta hazırlığında hemşirelik yönetimi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi, 10*(4), 330-343. doi: 10.5336/nurses.2018-60607

Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., Nay, R., & Gibson, S. (2010). Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics, 22*(1), 101–108. doi: 10.1017/S1041610209990688

Eisinga, R., Te Grotenhuis, M., & Pelzer, B. (2013). The reliability of a two-item scale: Pearson, Cronbach, or Spearman-Brown?. *International Journal of Public Health, 58*(4), 637-642. doi: 10.1007/s00038-012-0416-3

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Bergbom, I., Brink, E., Carlsson, J., Johansson, I.L., Kjellgren,, K., Lide´n, E., Ohlen, J., Olsson, L.E., Rosen, H., Rydmark, M., & Stibrant-Sunnerhagen, K. for the University of Gothenburg Centre for Person-Centred Care (GPCC) (2011). Person-centred care–ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 10*(4), 248–251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Elder, A. (2017). Balint group leadership: Conceptual foundations and a framework for leadership development?. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 52*(4-6), 355–365. doi:10.1177/0091217417738939

Entwistle, V. A., & Watt, I. S. (2013). Treating patients as persons: A capabilities approach to support delivery of person-centered care. *The American Journal of Bioethics, 13*(8), 29-39. doi: 10.1080/15265161.2013.802060

Epp, T. D. (2003). Person-centred dementia care: A vision to be refined. *The Canadian Alzheimer Disease Review, 5*(3), 14-19.

Epstein, R. M., Fiscella, K., Lesser, C. S., & Stange, K. C. (2010). Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Affairs (Project Hope), 29*(8), 1489–1495. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0888

Ercan, İ. & Kan, İ. (2004). Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30*(3), 211-216.

Ercan, I., Yazici, B., Sigirli, D., Ediz, B., & Kan, I. (2007). Examining Cronbach alpha, theta, omega reliability coefficients according to sample size. *Journal of Modern Applied Statistical Methods, 6*(1), 27. doi: 10.22237/jmasm/1177993560

Erdoğan, M., & Kırılmaz, H. (2020). Hasta merkezlilik ve hasta merkezli bakım. *İnsan ve İnsan, 7*(24), 97-126. doi: 10.29224/insanveinsan.668806

Erkuş, A. (2007). Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında karşılaşılan sorunlar. *Türk Psikoloji Bülteni, 13*(40), 17–25.

Esin, N. M. (2014). Veri toplama yöntem ve araçları ve veri toplama araçlarının güvenirlik ve geçerliği. İçinde S. Erdoğan, M.N. Esin, N. Nahcivan, (Ed.), *Hemşirelikte Araştırma Kitabı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 193-233.

Eyi, S., Kanan, N., Akyolcu, N., Akın, M. L., & Acaroğlu, R. (2016). Ameliyat sırasında uygulanan hemşirelik bakımının hastalar tarafından değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin, 15*(2), 159-170. doi: 10.5455/pmb.1-1439904928

Eyi, S., Kanan, N., & Akyolcu, N. (2017). Ameliyat sırası dönemde kaliteli hemşirelik bakımına ulaşmada hemşirenin rolü. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 25*(2), 126-138.

Felder, A. J., & Robbins, B. D. (2021). Approaching mindful multicultural case formulation: Rogers, Yalom, and existential phenomenology. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 20*(1), 1-20. doi: 10.1080/14779757.2020.1748697

Fındık, Ü., & Topçu, S. (2015). Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 19*(2), 22-33.

Fitzgerald, G., & Hunter, M. D. (2003). Organising and evaluating a Balint group for trainees in psychiatry. *Psychiatric Bulletin, 27*(11), 434–436. doi:10.1192/pb.27.11.434

Flagg, A. J. (2015). The role of patient-centered care in nursing. *Nursing Clinics of North America, 50*(1), 75–86. doi:10.1016/j.cnur.2014.10.006

Ford, S. (2004). Patient-centered medicine, Transforming the clinical method (2nd edition). *Health Expectations, An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy, 7*(2), 181–182. doi:10.1111/j.1369-7625.2004.00270.x

Gorsuch, R. L. (1983). *Factor analysis* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Gözüm, S., & Aksayan S. (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 5*(1), 3-14.

Gürcan, D. (2015). Benlik farklılıklarına Rogers'ın danışan odaklı terapisi ile yaklaşım: Vaka Çalışması. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi, 2*(1), 13-26. doi: 10.31682/ayna.470648

Hamadeh, G., Antoun, J., & Romani, M. (2020). The effect of Balint training on the psychological skills of residents beyond family medicine residency. *Health Education Journal, 79*(8), 987-996. doi: 10.1177/0017896920930267

Harrington, D. (2009). *Confirmatory factor analysis.* Oxford University Press. Newyork, USA.

Hayes, A. F., & Coutts, J. J. (2020). Use omega rather than Cronbach's alpha for estimating reliability. But…. *Communication Methods and Measures, 14*(1), 1-24. doi: 10.1080/19312458.2020.1718629

Heggland, L. H., & Hausken, K. (2013). A qualitative identification of categories of patient participation in decision-making by health care professionals and patients during surgical treatment. *Clinical Nursing Research, 22*(2), 206-227. doi: 10.1177/1054773812464043

Hill, B. D. (2011). *The sequential Kaiser-Meyer-Olkin procedure as an alternative for determining the number of factors in common-factor analysis: A Monte Carlo Simulation.* Oklahoma State University.

Hobbs, J. L. (2009). A dimensional analysis of patient-centered care. *Nursing Research, 58*(1), 52–62. doi:10.1097/nnr.0b013e31818c3e79

Hohenberger, H., & Delahanty, K. (2015). Patient-centered care--Enhanced recovery after surgery and population health management. *AORN Journal, 102*(6), 578-583. doi: 10.1016/j.aorn.2015.10.016

Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods, 6*(1), 53-60. doi: 10.21427/D7CF7R

Jakimowicz, S., & Perry, L. (2015). A concept analysis of patient-centred nursing in the intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing, 71*(7), 1499–1517. doi:10.1111/jan.12644

Joseph, S. (2020). Why we need a more humanistic positive organizational scholarship: Carl Rogers' person-centered approach as a challenge to neoliberalism. *The Humanistic Psychologist, 48*(3), 271-283. doi: 10.1037/hum0000151

Jöreskog, K. G. & Sörbom, D. (1996). *LISREL 8: User's reference guide.* 2nd Edition, Chicago, Scientific Software International.

Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika, 39,* 31–36. doi: 10.1007/BF02291575

Kang, J., Cho, Y. S., Jeong, Y. J., Kim, S. G., Yun, S., & Shim, M. (2018). Development and validation of a measurement to assess person-centered critical care nursing. *Journal of Korean Academy of Nursing, 48*(3), 323-334. doi: 10.4040/jkan.2018.48.3.323

Karaçam, Z. (2019). Ölçme araçlarının Türkçeye uyarlanması. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2*(1), 28-37.

Karakoç, A. G. D. F. Y., & Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası, 13*(40), 39-49. doi: 10.25282/ted.228738

Karamanoğlu, A. Y., Özer, F. G., & Tuğcu, A. (2009). Denizli ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi, 14*(1), 12-17.

Karlsson, A. C., Ekebergh, M., Larsson Mauléon, A., & Almerud Österberg, S. (2013). An intraoperative caring model–the 'awake'patient's need for a genuine caring encounter. *Clinical Nursing Studies, 1*(4), 23-35. doi:10.5430/cns.v1n4p23

Kartal, S. K., & Dirlik, E. M. (2016). Geçerlik kavramının tarihsel gelişimi ve güvenirlikte en çok tercih edilen yöntem: Cronbach alfa katsayısı. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 16*(4), 1865-1879.

Kılıç, S. (2016). Cronbach'ın alfa güvenirlik katsayısı. *Journal of Mood Disorders, 6*(1), 47-48. doi: 10.5455/jmood.20160307122823

Kline, P. (2000). *Handbook of psychological testing* (2nd Ed.). London: Routledge.

Kogan, A. C., Wilber, K., & Mosqueda, L. (2016). Person-centered care for older adults with chronic conditions and functional impairment: A systematic literature review. *Journal of the American Geriatrics Society, 64*(1), e1–e7. doi:10.1111/jgs.13873

Lauver, D. R., Ward, S. E., Heidrich, S. M., Keller, M. L., Bowers, B. J., Brennan, P. F., … & Wells, T. J. (2002). Patient-centered interventions. *Research in Nursing & Health, 25*(4), 246–255. doi:10.1002/nur.10044

Lebni, J. Y., Azar, F. E., Sharma, M., Zangeneh, A., Kianipour, N., Azizi, S. A., Jalali, A., & Ziapour, A. (2021). Factors affecting occupational hazards among operating room personnel at hospitals affiliated in Western Iran: A cross-sectional study. *Journal of Public Health, 29*(5), 1225-1232. doi: 10.1007/s10389-020-01331-x

Li, J., & Porock, D. (2014). Resident outcomes of person-centered care in long-term care: A narrative review of interventional research. *International Journal of Nursing Studies, 51*(10), 1395–1415. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.04.00

Lipkin, M., Jr, Quill, T. E., & Napodano, R. J. (1984). The medical interview: a core curriculum for residencies in internal medicine. *Annals of Internal Medicine, 100*(2), 277–284. doi: 10.7326/0003-4819-100-2-277

Lones, E. (2011). Modeling patient-centered care. *AORN Connections, 93*(5), C5-C6.

Lusk, J. M., & Fater, K. (2013). A concept analysis of patient-centered care. *Nurs Forum, 48*(2), 89-98. doi: 10.1111/nuf.12019

Lutz, B. J., & Bowers, B. J. (2000). Patient-centered care: understanding its interpretation and implementation in health care. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 14*(2), 165–187.

Maeker, E., & Maeker-Poquet, B. (2020). L'empathie peut-elle être enseignée aux soignants. *Soins Gerontol, 25*(143), 30-3. doi: 10.1016/j.sger.2020.03.012

Mazurenko, O., Zemke, D., Lefforge, N., Shoemaker, S., & Menachemi, N. (2015). What determines the surgical patient experience? Exploring the patient, clinical staff, and administration perspectives. *Journal of Healthcare Management, 60*(5), 332-346.

McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice, 9*(3), 202–209. doi:10.1046/j.1440-172x.2003.00423.x

McDonald, R. P. (1999*). Test theory: A unified treatment.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine, 51*(7), 1087-1110. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00098-8

Meterko, M., Wright, S., Lin, H., Lowy, E., & Cleary, P. D. (2010). Mortality among patients with acute myocardial infarction: The influences of patient-centered care and evidence-based medicine. *Health Services Research, 45*(5p1), 1188-1204. doi: 10.1111/j.1475-6773.2010.01138.x

Millenson, M. L., Shapiro, E., Greenhouse, P. K., & DiGioia III, A. M. (2016). Patient- and family-centered care: a systematic approach to better ethics and care. *AMA Journal of Ethics, 18*(1), 49-55. doi: 10.1001/journalofethics.2017.18.1.stas1-1601.

Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of Holistic Nursing, 30*(1), 6-15. doi: 10.1177/0898010111412189

Niu, L., Li, H. Y., Tang, W., Gong, S., & Zhang, L. J. (2017). Evolving safety practices in the setting of modern complex operating room: Role of nurses. *Journal of Biological Regulators and Homeostatic Agents, 31*(3), 659–665.

Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory.* 2nd Edition, McGraw-Hill, New York.

Olsson, L. E., Jakobsson Ung, E., Swedberg, K., & Ekman, I. (2013). Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials–a systematic review. *Journal of Clinical Nursing, 22*(3-4), 456-465. doi: 10.1111/jocn.12039

Ortiz, M. R. (2018). Patient-centered care: Nursing knowledge and policy. *Nursing Science Quarterly, 31*(3), 291–295. doi:10.1177/0894318418774906

Özdamar, K. (2013). Paket programları ile istatiksel veri analizi cilt 2 (9. Baskı). Ankara: Nisan.

Özdemir, Z. (2018). Sağlık bilimlerinde likert tipi tutum ölçeği geliştirme. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 5*(1), 60-68.

Padilla, M. A., & Divers, J. (2016). A comparison of composite reliability estimators: coefficient omega confidence intervals in the current literature. *Educational and Psychological Measurement, 76*(3), 436-453. doi: 10.1177/0013164415593776

Papastavrou, E., Acaroglu, R., Sendir, M., Berg, A., Efstathiou, G., Idvall, E., ...& Suhonen, R. (2015). The relationship between individualized care and the practice environment: An international study. *International Journal of Nursing Studies, 52*(1), 121-133. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.05.008

Papathanasiou, I., Sklavou, M., & Kourkouta, L. (2013). Holistic nursing care: Theories and perspectives. *American Journal of Nursing Science, 2*(1), 1-5. doi: 10.11648/j.ajns.20130201.11

Pfettscher, S. A. (2006). Florence Nightingale: Modern nursing. *Nursing Heorists and Their Work,* 71-90

Radwin, L. E., Cabral, H. J., & Wilkes, G. (2009). Relationships between patient-centered cancer nursing interventions and desired health outcomes in the context of the health care system. *Research in Nursing & Health, 32*(1), 4-17. doi: 10.1002/nur.20302

Ravinder, E. B., & Saraswathi, D. A. (2020). Literature review of Cronbachalphacoefficient (A) and Mcdonald's Omega coefficient (Ω). *European Journal of Molecular & Clinical Medicine, 7*(6), 2943-2949.

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person.* New York, NY: Houghton Mifflin.

Polit, F. D. & Beck, T. C. (2010). *Essentials of nursing research appraising evidence for nursing practice.* (Seventh Edition). Philadelphia, Wolters Kluwer Health-Lippincott Williams&Wilkins.

Rothorck, J. C., & Smith, D. A. (2000). Selecting the perioperative patient focused model. *AORN Journal, 71*(5), 1030-1037. doi: 10.1016/S0001-2092(06)61552-4

Savite, S. (2020). *The Neurobiology of Carl Rogers' Person Centered Approach: A Comprehensive Review and Theoretical Proposal* (Doctoral dissertation, Pepperdine University).

Seçer, İ. (2015). *Psikolojik test geliştirme ve uyarlama süreci SPSS ve LISREL uygulamaları.* Ankara: Anı yayıncılık, s:65-135.

Seyedfatemi, N., Rafii, F., Rezaei, M., & Kolcaba, K. (2014). Comfort and hope in the preanesthesia stage in patients undergoing surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 29*(3), 213-220. doi: 10.1016/j.jopan.2013.05.018

Shaller, D. (2007). *Patient-centered care: what does it take?* (pp. 1-26). New York: Commonwealth Fund.

Shin, S., & Kang, J. (2019). Development and validation of a person-centered perioperative nursing scale. *Asian Nursing Research. 13*(3), 221-227. doi: 10.1016/j.anr.2019.07.002

Shugarman, L. R. (2012). The SCAN Foundation's framework for advancing integrated person-centered care. *Health Affairs, 31*(12), 2821-2825. doi: 10.1377/hlthaff.2012.0881

Sidani, S., Collins, L., Harbman, P., MacMillan, K., Reeves, S., Hurlock-Chorostecki, C., Donald, F., Staples, P., & van Soeren, M. (2014). Development of a measure to assess healthcare providers' implementation of patient-centered care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 11*(4), 248–257. doi: 10.1111/wvn.12047

Simon, D., Kriston, L., Loh, A., Spies, C., Scheibler, F., Wills, C., & Härter, M. (2010). Confirmatory factor analysis and recommendations for improvement of the

Autonomy-Preference-Index (API). *Health Expectations, 13*(3), 234-243. doi:10.1111/j.1369-7625.2009.00584.x

Slater, L. (2006). Person-centredness: A concept analysis. *Contemporary Nurse, 23*(1), 135-144. doi: 10.5172/conu.2006.23.1.135

Sonoda, Y., Onozuka, D., & Hagihara, A. (2018). Factors related to teamwork performance and stress of operating room nurses. *Journal of Nursing Management, 26*(1), 66–73. doi:10.1111/jonm.12522

Spruce, L. (2015). Back to basics: patient and family engagement. *AORN Journal, 102*(1), 33-39. doi: 10.1016/j.aorn.2015.04.020

Starfield, B. (2011). Is patient-centered care the same as person-focused care?. *The Permanente Journal, 15*(2), 63–69. doi:10.7812/tpp/10-148

Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. (2013). *Patient-centered medicine: transforming the clinical method.* CRC press.

Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of Family Practice*, *49*(9), 796–804.

Sundqvist, A. S., Nilsson, U., Holmefur, M., & Anderzén-Carlsson, A. (2018). Promoting person-centred care in the perioperative setting through patient advocacy: An observational study. *Journal of Clinical Nursing, 27*(11-12), 2403-2415. doi: 10.1111/jocn.14181

Suhonen, R., Välimäki, M., & Katajisto, J. (2000). Developing and testing an instrument for the measurement of individual care. *Journal of Advanced Nursing*, *32*(5), 1253–1263. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01596.x

Swan, K., Chen, C. C., & Bockmier-Sommers, D. K. (2020). Relationships between Carl Rogers' person-centered education and the community of inquiry framework: A preliminary exploration. *Online Learning, 24*(3), 4-18.

Şahin, G., & İğde F. A. A. (2014) Hasta merkezli bakım-ortak karar alma süreci ve kalite. *Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics. 5*(3), 38-43.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Boston, MA: Pearson.

Tavşancıl, E. (2005). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi.* Ankara, Nobel Basımevi.

Toru, F. (2020). Hemşirelik uygulamalarının kilit noktası: bireyselleştirilmiş bakım. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4*(1), 46-54.

Türkmen, E., & Uslu, A. (2011). Özel bir hastanede hemşirelerin dolaylı bakım uygulamalarının değerlendirilmesi. *İ. Ü. F. N. Hem Derg ,19*(2), 60–67.

Uludoğan, S. (2010). Ameliyathane hemşirelerinin yönetsel sorunlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,* İstanbul.

Van Haitsma, K., Crespy, S., Humes, S., Elliot, A., Mihelic, A., Scott, C., & Abbott, K. (2014). New toolkit to measure quality of person-centered care: Development and pilot evaluation with nursing home communities. *Journal of the American Medical Directors Association, 15*(9), 671–680. doi:10.1016/j.jamda.2014.02.004

Varadhan, K. K., Neal, K. R., Dejong, C. H., Fearon, K. C., Ljungqvist, O., & Lobo, D. N. (2010). The enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway for patients undergoing major elective open colorectal surgery: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Nutrition, 29*(4), 434-440. doi:10.1016/j.clnu.2010.01.004

Walker, L. O., & Avant, K. C. (2005). Concept analysis. In M. Conner (Ed.) *Strategies for theory construction in nursing* (Vol.4). Ss:63-84. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall.

Warrens, M. J. (2015). Some relationships between Cronbach's alpha and the Spearman-Brown formula. *Journal of Classification, 32*(1), 127-137. doi: 10.1007/s00357-015-9168-0

White, P. F., & Kehlet, H. (2010). Improving postoperative pain management: what are the unresolved issues?. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists, 112*(1), 220-225. doi: 10.1097/aln.0b013e3181c6316e

Wolfe, A. (2001). Institute of Medicine report: Crossing the quality chasm: A new health care system for the 21st century. *Policy, Politics, & Nursing Practice, 2*(3), 233–235. doi:10.1177/152715440100200312

World Health Organization. (2000). The World health report:2000: Health systems: improving performance. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/42281

Yazdankhahfard, M., Haghani, F., & Omid, A. (2019). The Balint group and its application in medical education: A systematic review. *Journal of Education and Health Promotion, 8*, 124. doi: 10.4103/jehp.jehp_423_18

Yeşilyaprak, T., & Özşaker, E. (2018). Hastaların ameliyathane ortamına ilişkin görüşlerinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 11*(4), 315-321.

Yeşilyurt, S., & Çapraz, C. (2018). Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliliği için bir yol haritasi. *Erzican Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 20*(1), 251-264. doi: 10.17556/erziefd.297741

Yıldırım, N. K., Kaçmaz, N., & Özkan, M. (2013). Yetişkin kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ve verilen hizmet arasındaki boşluk. *Dokuz Eylül Universitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, *6*(4), 231–240.

Yurdugül, H. (2005). Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. *XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi*, *1*, 771-774.