

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**MERHAMETLİ BAKIM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN
TÜRK KÜLTÜRÜNE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

**EBRU TANRIKULU
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Yıldız DENAT**

AYDIN-2023

KABUL VE ONAY

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Ebru TANRIKULU tarafından hazırlanan “Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin Türk Kültürüne Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 03/02/2023

Üye (T.D.) : Doç. Dr. Yıldız DENAT Aydın Adnan
Menderes Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Gülelgün TÜRK Aydın Adnan
Menderes Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Yurdanur DİKMEN Sakarya Uygulamalı
Bilimler Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün tarih ve sayılı oturumunda alınan nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK

Enstitü Müdürü V.

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitim hayatım ve tez çalışmam boyunca benden ilgi, anlayış ve bilgilerini esirgemeyen, bana her zaman inanarak beni cesaretlendiren, kendime her zaman örnek aldığım sevgili tez danışmanım Doç. Dr. Yıldız DENAT'a,

Tezime görüş ve önerileri ile katkıda bulunan değerli tez jüri üyelerim Sayın Prof. Dr. Gülelgün TÜRK ve Prof. Dr. Yurdanur DİKMEN'e,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca üzerimde emeği bulunan Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'ndeki tüm hocalarıma,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bana her fırsatta destek olan ve vazgeçtiğim anda yeniden ayağa kalkmamı sağlayan sevgili sorumlu hemşirem Şükriye KELEŞ ve değerli çalışma arkadaşım Hemşire Fadime ÇINAR'a,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca beni her zaman destekleyen Ankara Bilkent Şehir Hastaneleri Nöroloji Ortopedi Kulesi'nin değerli yöneticilerine,

Tezimin analiz ve istatistik aşamasında katkı sunan Ankara Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Serdal Kenan KÖSE hocama,

Gerek kendilerinden aldığım ölçek geliştirme ve uyarlama kursu gerekse tezimin istatistiksel analizinin yapılması ve raporlanması sürecinde danışmanlık yapan İstar Danışmanlık İstatistik Araştırma'dan Sayın Reyhan KAPLAN hocama,

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve destek sağlayan tüm hastalara,

Beni bugünlere getiren, her zaman ve her fırsatta yanımda olan kelimelere sığdıramadığım canım aileme,

Her daim yanımda olan, Yüksek Lisans eğitimim boyunca desteğini hep yanımda hissettiğim ve hayattaki en büyük şansım olan Sayım BAKA'ya,

Destek ve inanışlarıyla her zaman yanımda olduklarını hissettiğim tüm dostlarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
ÖZET	xiii
ABSTRACT	xv
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Merhamet Kavramı.....	4
2.1.1. Merhamet Kavramı ile Karıştırılan Diğer Kavramlar	6
2.2. Hemşirelikte Merhamet ve Merhametli Bakım	8
2.2.1. Merhametli Bakımın Yararları	10
2.2.2. Merhametli Bakımı Etkileyen Faktörler.....	12
2.2.3. Merhametli Bakım Davranışları ve Uygulamaları	13
2.3. Ölçme Araçlarının Türkçeye Uyarlanması	15
2.3.1. Ölçeğin Psikolinguistik (Dil Uyarlaması) Özelliklerinin İncelenmesi.....	16
2.3.1.1. Çeviri-Geri Çeviri.....	16
2.3.1.2. Uzman Görüşü Alınması/ Uzman Grup İncelemesi	17
2.3.2. Pilot Çalışma (Ön Uygulama)	18
2.3.3. Ölçeklerin Psikometrik (Güvenirlilik ve Geçerlik) Özelliklerin İncelenmesi	18
2.3.3.1. Güvenirlilik (Reliability)	19

2.3.3.1.1. Test-Tekrar Test Güvenirliği	19
2.3.3.1.2. İç Tutarlılık	20
2.3.3.1.3. Eşdeğer Formlar Yöntemi.....	21
2.3.3.1.4. İki Yarıya Bölme Güvenirliği	21
2.3.3.1.5. Madde Çözümlemesi	22
2.3.3.2. Geçerlik	22
2.3.3.2.1. İçerik/ Kapsam Geçerliği.....	23
2.3.3.2.2. Faktör Analizi	24
2.3.3.2.2.1. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)	25
2.3.3.2.2.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA).....	25
2.3.4. Ölçek Uyarlama Çalışmalarında Etik İlkeler.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1. Araştırmanın Tipi.....	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	28
3.3. Araştırmanın Zamanı	28
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	28
3.5.Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	29
3.6. Veri Toplama Araçları.....	30
3.6.1. Bilgi Formu (Ek 1)	30
3.6.2. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği (MBDÖ) (Compassionate Care Assessment Tool- CAAT) (Ek 2)	30
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi	32
3.8. Verilerin Toplanması.....	32
3.9. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlik Çalışması	33
3.9.1. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin Dil Geçerliği.....	34
3.9.2. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Kapsam Geçerliği	34

3.10. Pilot Çalışma	34
3.11. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi ...	35
3.11.1. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Yapı Geçerliği	35
3.11.1.1. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Madde Ayırt Ediciliği İndeksi Hesaplaması	36
3.11.2. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Güvenirlik Çalışması	36
3.11.2.1. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği İç Tutarlılık Analizleri.....	36
3.11.2.2. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Madde Toplam Korelasyon.....	36
3.12. İstatistiksel Değerlendirme	37
3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	37
3.14. Araştırmanın Etiği	38
4. BULGULAR	39
4.1. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Dil Geçerliği Bulguları	39
4.2. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Kapsam (İçerik) Geçerliği Bulguları	40
4.3. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Pilot Uygulama Bulguları	41
4.4. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları	46
4.4.1. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Geçerlik Bulguları	48
4.4.1.1. Açıklayıcı Faktör Analizi.....	48
4.4.1.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi	51
4.4.2. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Güvenirlik Bulguları.....	62
4.4.2.1. İç Tutarlılık Analizleri	62
4.4.2.2. İki Yarıya Bölme Güvenirlik Analizine İlişkin Bulgular	64
4.4.2.3. Zamana Göre Değişmezlik Güvenirlik Analizine İlişkin Bulgular	64
5. TARTIŞMA	66
5.1. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin Dil Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	66

5.2. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Kapsam (İçerik) Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	67
5.3. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Pilot Uygulamasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	69
5.4. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	69
5.4.1. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Yapı Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	70
5.4.1.1. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin Açıklayıcı Faktör Analizinin (AFA) Değerlendirilmesi	70
5.4.1.2. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Değerlendirilmesi.....	72
5.4.2. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	74
5.4.2.1. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Test Tekrar Test Yöntemi Güvenirlik Analizinin Değerlendirilmesi	75
5.4.2.2. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin İki Yarıya Bölme Güvenirlik Analizi Sonuçlarının Değerlendirilmesi.....	76
5.4.2.3. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin Cronbach Alpha Katsayısı Sonuçlarının Değerlendirilmesi	77
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	80
KAYNAKLAR	82
EKLER	95
Ek 1. Bilgi Formu	95
Ek 2. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin Orijinal Hali	97
Ek 3. Kapsam Geçerliğinin Sağlanabilmesi İçin Uzmanlara Sunulan Ölçek.....	99
Ek 4. Ölçek Kullanım İzni.....	101
Ek 5. Görüşlerine Başvurulan Uzmanlar	102

Ek 6. Etik Kurul İzni	103
Ek 7. Kurum İzni 1	104
Ek 8. Kurum İzni 2	105
Ek 9. Kurum İzni 3	106
BİLİMSEL ETİK BEYANI	107
ÖZ GEÇMİŞ.....	108

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
AGFI	: Adjusted Goodness of Fit Index (Düzeltilmiş İyilik Uyum İndeksi)
ANA	: American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)
CCAT	: Compassionate Care Assessment Tool (Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği)
CFI	: Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
GFI	: Goodness of Fit Index (İyilik Uyum İndeksi)
ICN	: International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Konseyi)
IFI	: Artan Uyum İndeksi
KGİ	: Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	: Kapsam Geçerlik Oranı
KMO	: Kaiser- Meyer- Olkin
KR- 20	: Kuder Richardson 20
KR- 21	: Kuder Richardson 21
MBDÖ	: Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği
NFI	: Normlaştırılmış Uyum İndeksi
NNFI	: Non Normed Fit Index (Normlaştırılmamış Uyum İndeksi)
r	: Korelasyon Katsayısı
RFI	: Görelî Uyum İndeksi
RMSEA	: Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)
SPSS	: Statistical Package for Sciences

SRMR : Standart Ortalama Karekök Hatası
TDK : Türk Dil Kurumu
WHO : World Health Organization (Dünya Sağlık rgt)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Araştırmanın uygulama çizelgesi.	33
Şekil 2. Merhametli bakım değerlendirme ölçeğine ilişkin birinci düzey çok faktörlü model doğrulayıcı faktör analizi (standardize edilmiş).....	53
Şekil 3. Merhametli bakım değerlendirme ölçeğine ilişkin birinci düzey çok faktörlü model doğrulayıcı faktör analizi (standardize edilmemiş).....	54
Şekil 4. Merhametli bakım değerlendirme ölçeğine ilişkin birinci düzey çok faktörlü model doğrulayıcı faktör analizi (standardize edilmiş).....	58
Şekil 5. Merhametli bakım değerlendirme ölçeği birinci düzey çok faktörlü model doğrulayıcı faktör analizi (srandardize edilmemiş).....	59

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Merhametli bakım değerlendirme ölçeği'nin madde sayısı ve cronbach alpha güvenilirlik katsayıları (MDBÖ) (Compassionate Care Assessment Tool- CCAT).....	31
Tablo 2. Araştırma planı ve takvimi.....	32
Tablo 3. Merhametli bakım değerlendirme ölçeğine ilişkin kapsam geçerliği (n=6).	40
Tablo 4. Pilot uygulamaya katılan hastalara ait tanıtıcı bilgilerin dağılımı (n=30).	41
Tablo 5. Pilot uygulamada hastaların ölçek maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n=30).....	43
Tablo 6. Pilot uygulamaya ilişkin güvenilirlik analizi bulgularının dağılımı (n=30).....	45
Tablo 7. Araştırmaya katılan hastalara ait tanıtıcı bilgilerin dağılımı (n=300).....	47
Tablo 8. Merhametli bakım değerlendirme ölçeği açıklayıcı faktör analizi.	49
Tablo 9. Merhametli bakım değerlendirme ölçeği açıklayıcı faktör analizi son hali.....	50
Tablo 10. Ölçeğin hemşirelerin sunduğu merhametli bakımın değerlendirilmesi yönüne ilişkin doğrulayıcı faktör analizi bulguları.....	52
Tablo 11. Doğrulayıcı faktör analizi faktör yükleri (birinci düzey).....	55
Tablo 12. Merhametli bakım değerlendirme ölçeği maddelerine ilişkin madde analizi sonuçları.....	56
Tablo 13. Ölçeğin hastanın merhametli bakım faktörü algısının değerlendirilmesi yönüne ilişkin doğrulayıcı faktör analizi bulguları.....	57
Tablo 14. Doğrulayıcı faktör analizi faktör yükleri (birinci düzey).....	60
Tablo 15. Merhametli bakım değerlendirme ölçeği hastaların merhametli bakım faktörleri algısı yönüne ilişkin maddelerin madde analizi sonuçları.	61
Tablo 16. Merhametli bakım değerlendirme ölçeğinin merhametli bakımın değerlendirilmesi yönüne ilişkin güvenilirlik analizi sonuçlarının dağılımı.....	62
Tablo 17. Merhametli bakım değerlendirme ölçeğinin merhametli bakımın değerlendirilmesi yönüne ilişkin güvenilirlik analizi.....	63

Tablo 18. Merhametli bakım değerlendirme ölçeğinin hastanın merhametli bakım faktörü algısı yönüne ilişkin güvenilirlik analizi.	63
Tablo 19. Merhametli bakım değerlendirme ölçeği iki yarı güvenilirliği.	64
Tablo 20. Merhametli bakım değerlendirme ölçeği test tekrar test güvenilirlik katsayıları. ..	65

ÖZET

“MERHAMETLİ BAKIM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ”NİN TÜRK KÜLTÜRÜNE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI”

Tanrıkulu E. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2023.

Amaç: Bu araştırmada, “Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği”nin Türkçe formunun hazırlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışmasının gerçekleştirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini Ankara ilinde bulunan bir kamu hastanesinin dahili ve cerrahi kliniklerinde yatmakta olan 300 yetişkin hasta oluşturmuştur. Araştırma verileri, Bilgi Formu ve ‘Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği’ ile toplanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde frekans, yüzde, korelasyon analizi, Cronbach Alpha Analizi, Açıklayıcı Faktör Analizi ve Doğrulayıcı Faktör Analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada, ölçeğin yapı geçerliğini belirlemek amacıyla Açıklayıcı Faktör Analizi ve Doğrulayıcı Faktör Analizi yapılmıştır. Ölçeğin KMO değerinin 0,902 olduğu, Barlett Küresellik Testi sonucu elde edilen ki- kare değerinin manidar olduğu saptanmıştır ($\chi^2(153) = 1779,100$ $p < 0,01$). Varimax rotasyonu ile yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucu ölçek maddelerinin öz değeri birden büyük üç faktör altında toplandığı saptanmıştır. Ölçekte binişiklik gösteren maddeler analiz dışı bırakılmış ve 18 maddeli, üç faktörlü ideal bir yapı elde edilmiştir. Bu faktörler “Mesleki Yeterlilik”, “Manevi Boyut ve “İletişim” olarak adlandırılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi sonuçlarına dayalı olarak ortaya çıkan faktör yapısının geçerliğini değerlendirmek amacıyla yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ölçeğin üç faktörlü yapıyı doğruladığı ve maddeler ile alt faktörlerin ölçekle ilişkili olduğu saptanmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayıları incelendiğinde hastanın merhametli bakım faktörü algısı yönü için 0,742, alt faktörler için 0,632- 0,707 arasında olduğu, hemşirenin sunduğu merhametli bakımın değerlendirilmesi yönü için 0,872, alt faktörler için 0,749- 0,798 arasında olduğu, ölçeğin genel Cronbach Alpha katsayısının ise 0,914 olduğu

saptanmıştır. Ölçeğin test tekrar test ölçüm korelasyon katsayıları en düşük 0,758; en yüksek 0,933 olarak bulunmuştur.

Sonuç: Tümü likert tipi olan, ölçeğin Türkçe formunun 18 madde ve üç faktör yapısı ile geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir. Ölçek merhametli bakımın değerlendirmesinde kullanılabilir bir ölçme aracı olarak Türk toplumuna kazandırılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Geçerlik, Güvenirlilik, Hemşirelik, Merhamet, Merhametli Bakım.

ABSTRACT

“ADAPTATION OF COMPASSIONATE CARE ASSESSMENT TOOL TO TURKISH CULTURE: A VALIDITY AND RELIABILITY STUDY”

Tanrikulu E. Aydın Adnan Menderes University, Health Sciences Institute, Nursing Program, Master Thesis, Aydın, 2023.

Objective: In this study, it was aimed to prepare the Turkish version of the "Compassionate Care Assessment Tool" and to perform the validity and reliability study.

Material and Methods: The sample of the study consisted of 300 adult patients hospitalized in the internal and surgical clinics of a public hospital in Ankara. Research data were collected with the Information Form and the "Compassionate Care Assessment Tool".

Frequency, percentage, correlation analysis, Cronbach Alpha Analysis, Explanatory Factor Analysis and Confirmatory Factor Analysis were used in the evaluation of the data.

Results: In the study, Explanatory Factor Analysis and Confirmatory Factor Analysis were performed to determine the construct validity of the scale. It was determined that the KMO value of the scale was 0.902, and the chi-square value obtained as a result of the Barlett Sphericity Test was significant ($\chi^2(153) = 1779.100$ $p < 0.01$). As a result of the explanatory factor analysis performed with Varimax rotation, it was determined that the scale items were grouped under three factors with an eigenvalue greater than one. The overlapping items in the scale were excluded from the analysis and an ideal structure with 18 items and three factors was obtained. These factors were named as “Vocational Competence”, “Spiritual Dimension” and “Communication”. As a result of the confirmatory factor analysis performed to evaluate the validity of the factor structure that emerged based on the results of the explanatory factor analysis, it was determined that the scale confirmed the three-factor structure and that the items and sub-factors were related to the scale. When the Cronbach Alpha coefficients of the scale were examined, it was determined that it was between 0.742 for the patient's compassionate care factor perception aspect, between 0.632- 0.707 for the sub-factors, 0.872 for the evaluation of the compassionate care provided by the nurse,

between 0.749- 0.798 for the sub-factors, and 0.914 for the overall Cronbach Alpha coefficient of the scale. The lowest test-retest measurement correlation coefficients of the scale were 0.758; the highest was found to be 0.933.

Conclusion: It was determined that the Turkish version of the scale, all of which was likert type, was valid and reliable with 18 items and three factor structures. The scale has been brought to Turkish society as a measurement tool that can be used in the evaluation of compassionate care.

Keywords: Compassion, Compassionate Care, Reliability, Validity.

1. GİRİŞ

Hemşirelik insan bakımına temellenen hem bir sanat hem de bir bilimdir (Altıok ve diğerleri, 2011; Cerit ve diğerleri, 2019; Toru, 2020; Dinç, 2010; Stephen, 2011). Hemşirelik bakımı; güvenlik ve esenlik içinde tedaviye uyumu sağlayacak, iyileşmeyi kolaylaştıracak özenli ve tam donanımlı bakım vermeye hazır bulunma sanatıdır. Bu sanatın özünü oluşturan ana noktalardan biri de hemşirelik performansının profesyonel bir standardı olan merhametli bakımdır (Stephen, 2011; Brown, 2012). Merhamet genel olarak başkalarının ağrı ve acılarına odaklanma durumu olarak tanımlanmakla birlikte (Blomberg ve diğerleri, 2016) merhametli bakım “bakım verilen birey farklı bir ırka mensup olsa bile, o bireyin acısına, korkusuna ve ızdırabına katılmaktır” şeklinde tanımlanmaktadır (Roach, 2007). Burnell (2009) merhametli bakımın sık görülen özelliklerini, bakımın bir boyutu, başkalarının acısına ve kırılganlığına duyarlılık, başka kişilerin sıkıntılarına sempati duymanın bilinci, başka biri ile manevi olarak ilişki kurmak, başka biri ile beraber acı çekmek, acı ve ızdırabı rahatlatmaya ve hafifletmeye çalışmak, ‘sevgi, nezaket, neşe, alçak gönüllülük’ gibi erdemlerin gösterilmesi olarak sıralamıştır (Burnell, 2009).

Literatürde merhametli bakımın, hemşirelik bakımının kalitesi üzerinde oldukça önemli bir etkiye sahip olduğu ve birey merkezli bakımın önemli bir ögesi olduğu belirtilmektedir (Dewar ve diğerleri, 2011; Burnell, 2011). Merhamet, hemşirelik bakımını birey merkezli bakıma dönüştüren bir katalizör olarak görülmektedir (Dewar ve diğerleri, 2014). Merhametli bakım için çağrı yapan Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ve Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN)’nin etik kodları, hemşirelik bakım ve uygulamalarında merhameti temel almaktadır (American Nurses Association [ANA], 2014).

Günümüzde merhametli bakım, kalite göstergesi olarak görülmekte, hasta memnuniyetini arttıran, herhangi bir maddi gideri olmayan, hastada fizyolojik olarak olumlu etkileri olan, hastaların ve bu hastalara bakım verenlerin yaşam kalitelerini arttıran, yara iyileşmesi gibi birçok hastalık ve komplikasyonun gelişmesi ve iyileşmesinde katkı sunan bir bakım modelidir (Uğurlu ve Aslan, 2017; Çingöl ve diğerleri, 2018). Hemşirelerin bireylerin savunmasız ve çok özel durumlarında yanlarında olmaları hemşirelikte merhametli bakımın öne çıkmasına sebep olmaktadır (Hökelekli, 2013; Gök, 2015; Dikmen ve diğerleri, 2016; Şirin ve Yurttaş, 2015; Çingöl ve diğerleri, 2018). Merhamet ve

merhametli bakım kavramı yeni ve gelişmekte olan bir konu olmasına rağmen, küresel düzeyde merhametli bakım kavramına hızla artan bir ilgi söz konusudur (Shea ve Lionis, 2014). Artan bu ilgiye karşılık merhametli bakımı teşvik etme yönünde çeşitli engeller vardır ve bu engellerden en önemlisi, merhametli bakımı değerlendirmek ve izlemek için geçerli ve güvenilir bir aracın olmayışıdır (Papadopoulos ve Ali, 2016). Merhamet, hemşireliğin önemli bir ögesidir, ancak bu ögeler standartlaşmış bir ölçme aracı olmaksızın ölçülemez ve izlenemez. Bu nedenle klinik ortamlarda merhametli bakımı değerlendirmek ve izlemek için geçerli ve güvenilir araçlara ihtiyaç vardır (Sturgeon, 2008; Papadopoulos ve Ali, 2016).

Literatürde merhamet ve merhametli bakımı değerlendirmek ve izlemek amacıyla geliştirilen çeşitli ölçüm araçları mevcuttur (American Nurses Association [ANA], 2010) ancak sağlık profesyonellerinde, özellikle hemşireler tarafından sunulan bakımda merhameti ölçen araçlar sınırlı sayıdadır. Ülkemizde ise, merhameti değerlendirmek amacı ile Pommier (2011)'in geliştirdiği, Akdeniz ve Deniz (2016)'in geçerlik ve güvenilirliğini yaptığı 'Merhamet Ölçeği' bulunmaktadır. Fakat bu ölçek merhamet duygusunu ölçmeye yönelik olup ülkemizde merhametli bakımı değerlendiren herhangi bir ölçme aracı bulunmamaktadır (Uğurlu ve Aslan, 2017). Klinik ortam ve hastanelerde sunulan merhametli bakımı hastanın bakış açısıyla değerlendirmek amacıyla özel olarak tasarlanmış ölçüm araçlarından biri, Burnell ve Agan'a ait Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği (Compassionate Care Assessment Tool (CCAT))' dir (Burnell ve Agan, 2013 ve Raygani ve diğerleri, 2021). Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği, hasta ve yakınlarına sunulan hemşirelik bakımını hastaların bakış açısından değerlendirerek hemşirelikte merhametli bakım kavramının daha iyi anlaşılmasını sağlamaktadır (Raygani ve diğerleri, 2021). Ölçek özellikle dahili ve cerrahi servislerde yatan hastaların bakış açısından merhametli bakımın önemini ve sağlanmasını değerlendirmeye odaklanmaktadır (Raygani ve diğerleri, 2021).

Tüm bu nedenlerden dolayı bu araştırmada Burnell ve Agan (2013) tarafından merhametli bakımı değerlendirme amaçlı geliştirilen Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği (CCAT)'nin Türk kültürüne uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılması amaçlanmıştır.

Geliştirilecek bu ölçekle birçok sağlık bakım ortamında merhametli bakım ve merhametli bakımı etkileyen faktörler ile hasta gözünden merhametli bakım uygulamaları değerlendirilebilecektir. Bu çalışmanın gelecekte bu konuda yapılacak çalışmalara bilimsel bir veri tabanı oluşturması ve hemşirelik bilimine katkı sunması beklenmektedir.

Araştırma Soruları;

- Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Türk Kùltüründe geçerli midir?
- Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Türk Kùltüründe güvenilir midir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Merhamet Kavramı

Merhamet, başka birinin yaşadığı acıya tanık olurken oluşan ve sonrasında yardım arzusu uyandıran bir duygudur (Nas, 2022). Merhamet kelimesinin etimolojik açıdan dilimize Arapçadan girdiği ve ‘rhm’ kökünden geldiği bilinmektedir. Rahim, rahman ve rahmetin de merhamet kavramı ile aynı kökene sahip olduğu görülmektedir. Rahim içerisinde ‘ötekini’ barındırmak anlamı taşıdığı için merhamet bu bağlamda başka birisini içeriyor olmakla ilişkilidir (Nişanyan Sözlük, 2002; Walker, 2007). Merhamet, İngilizcede “Compassion” kelimesi ile ifade edilmekte olup “compassion” kavramının ise Latin kökenli olduğu bilinmektedir. Compassion yani merhamet kavramı Latince com- (birlikte) ve + pati (acı çekmek) sözcüklerinin bir araya gelmesi ile oluşmaktadır (Jazaieri, 2018). Merhamet, Merriam- Webster sözlüğünde başkalarının sıkıntılarının sempatik bilinci ile birlikte onu hafifletme arzusu olarak tanımlanmakta (Merriam-Webster, 2020), Türk Dil Kurumu’nda (TDK), bir kimsenin ya da canlının maruz kaldığı olumsuz bir durumdan dolayı o kişi ya da canlıya duyulan üzüntü ve acıma duygusu olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu [TDK], 2020). Literatürde pek çok tanımı yapılan merhameti; Chockinov (2007) acı çekmekte olan başka bir kimsenin acısına derin farkındalık gösterme ve onu hafifletme arzusu (Chockinov, 2007), Gilbert (2014), başka birinin çektiği acıları anlama ve bilişsel süreci, merhametli eylemler sayesinde duygusal süreçle harmanlama (Gilbert, 2014), Blomberg ve diğerleri (2016), başkalarının ağrı ve acılarına odaklanma durumu (Blomberg ve diğerleri, 2016), Strauss ve diğerleri (2016) başkalarının acılarını görme ve o kişilere saygı göstererek yardım etme (Strauss ve diğerleri, 2016) olarak tanımlamaktadırlar. Sprecher ve Fehr (2005) ise merhameti diğer insanların sıkıntılı ve gereksinim duydukları zamanlarda onları desteklemeye ilişkin bilişsel, duyuşsal ve davranışsal bir tutum olarak tanımlamaktadır (Sprecher ve Fehr, 2005). Merhamet için yapılan tanımlamalardan biri de ‘acıyı tanımak ve bu acıyı hafifletebilmek için harekete geçmek ya da acı çeken kişi ile bağlantıda olmak’ şeklindedir (Baile, 2017).

Sayar’a (2015) göre ise merhamet, kişinin karşıdaki bireyin kendisinden apayrı olduğunu bilerek ve o kişiye eş duyum göstererek özdeşleşmesidir (Sayar, 2015).

Schopenhauer (2014) de merhamet kavramının tüm insanlar için önemli olduğunu düşünerek bu kavramı ‘insancıl’ kelimesi ile eş anlamlı tutmuş ve birbirlerinin yerine kullanılabileceğini belirtmiştir. Schopenhauer’e göre hissedilen merhamet duygusu başka insanlara verilebilecek olan zarar ve acıya engel olabilmektedir (Schopenhauer, 2014).

Comte-Sponville (2004) ise merhametin hem erdem hem de bir duygu olduğuna vurgu yaparak merhametin ruhu oluşturduğuna inanmaktadır. Bu inanişaya göre ruh ıstıraptan doğmakta ve birey bu ıstırapı kendisine yönelttiğinde cesaret, başka birine yönelttiğinde ise merhamet ortaya çıkmaktadır (Comte-Sponville, 2004). Goetz ve diğerleri (2010), ‘başka kişilerin acıları farkedildiğinde ortaya çıkan ve sonrasında yardım etme isteğini güdüleyen duygu’ şeklinde tanımlamış (Goetz ve diğerleri, 2010), Tarhan (2011) da merhamet kavramına farklı bir yaklaşım getirerek merhametin, beynin mutluluk hormonu salgılamasını sağlayan ayrıca mutluluğu düzenleyen beyin alanlarının aktif bir şekilde çalışmasını düzenlediğini belirtmiştir (Tarhan, 2011).

Literatürde merhamet bireylerin diğer insanların sıkıntılı ve gereksinim duydukları zamanlarda o kişileri desteklemeye ilişkin bilişsel, duyuşsal ve davranışsal bir tutum olarak da tanımlanmaktadır (Çınar ve diğerleri, 2018). Bu bağlamda merhametin üç önemli boyutundan biri olan bilişsel tutumda başka birisinin içinde bulunduğu durumu tam olarak anlayabilme, ikinci boyut olan duyuşsal tutumda başka birinin ne hissettiğini hissetme, üçüncü ve son boyut olan davranışsal tutumda ise kişileri en faydalı şekilde yanıt verebilmek için harekete geçirme söz konusudur (Scott, 2000). Merhametin dinsel boyutu incelendiğinde, Hinduizm, Budizm Musevilik, Hristiyanlık ve İslam gibi dini kaynaklarda merhamet kavramından söz edilmektedir (Nas ve Sak, 2020). Merhamet İslam Toplumunda, Kur’an Yolu Meali’nde hem insanlığın sahip olduğu bir erdem hem de Yaratan’ın bir sıfatı olarak vurgulanmaktadır (Diyanet İşleri Başkanlığı, 2015).

Hristiyan Topluluklarında merhametin, modern ahlak anlayışında olduğu gibi Hristiyanlığın dayandığı en temel duygulardan biri olduğu bilinmektedir (Cameron, 2002). Budizm dinine bakıldığında ise, Budizm’i temsil eden Kutsal Dalai Lama merhameti ‘hem başkalarının acılarına karşı sempati duymanın bilinci hem de onların acılarını gidermeye yönelik yardım etme arzusu’ olarak tanımlamakta ve merhametin en önemli yönünü diğer insanların tıpkı bizim gibi olduğunu kabul etmek olarak belirtmektedir (Dalai Lama of Tibet, 2018).

Merhamet kavramının pek çok disiplinde kendine kapsamlı bir yer bulduğu ve çeşitli bakış açıları ile tanımlandığı görülmekte olup merhamet kavramını irdeleyen birçok bilimsel

çalışmaya da rastlanmaktadır. Schantz (2007) tarafından yapılan bir kavram çalışmasında merhamet kavramının ‘sempati yapma’, ‘onunla birlikte ıstırap çekme’, ‘keder’, ‘sevgi ile yaklaşma’, ‘affetme’, ‘koruma ve kurtarma’, ‘üzüntü’, ‘acıma’, ‘şefkat gösterme’, ‘saygı duyma’, ‘acıyı hafifletmek için harekete geçme’, ‘bağışlama’, ‘cezasını affetme’, ‘değer verme’, ‘empati yapma’, ‘iyilik’, ‘anlama’, ‘adaletli olma’, ‘takdir etme’, ‘dayanışma’, ‘paylaşma’, ‘duygu birliği’, ‘ilgi duyma’, ‘acı çekme, acıya katılma’ ve son olarak ‘duygudaşlık’ kavramları ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Buradan hareketle merhamet kavramının tüm bu kavramları içerisinde barındırdığı ve bu kavramlarla ilişki halinde olduğu vurgulanmaktadır (Schantz, 2007). Akman ve diğerleri (2021) tarafından Türkiye’deki hemşirelerin merhamet kavramını nasıl tanımladıklarının araştırıldığı çalışmada; hemşirelerin %71.9’u (n=69) merhameti ‘başkalarının çektiği acıların derin farkındalığı ve bu acıyı hafifletme isteği’, %20.8’i ‘empati ve nezaket’ olarak tanımlamıştır (Akman ve diğerleri, 2021). Gör (2013) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin merhameti başka birinin sıkıntı, güçsüzlük, derdine ilgi duyma, o kişiye acıma ve şefkatli bir yaklaşım gösterme, o kişi ile birlikte ıstırap çekme ve tüm yaratılanlara sevgi ile yaklaşma, onları kötülüklerden kurtarma ve koruma, onların zor durumlarında yardım etme, affetme ve bağışta bulunma olarak tanımladıkları saptanmıştır (Gör, 2013). Nas tarafından (2020) yetişkinlerin merhamet algılarına ilişkin yapılan bir metafor araştırmasında ise, merhamet kavramına ilişkin 124 metafor geliştirilmiştir. Bunun sonucunda merhamet kavramı vicdan (anne metaforu), sevgi, acıma, şefkat, affetme, başkasına destek sağlama, faydalı olma, hayatın kaynağı ve manevi bir özellik, karşılıksız yapılan bir iyilik ve ilaç (psikolojik bağlamda tedavi edici bir etki ve ruhen ve bedenen rahatlama) olarak kavramsallaştırılmıştır (Nas, 2020).

2.1.1. Merhamet Kavramı ile Karıştırılan Diğer Kavramlar

Çeşitli kişi ve kurumlar tarafından tanımlanan merhamet kavramının literatürde sıklıkla başka terim ve kavramlarla karıştığı görülmektedir. Örneğin acımak, empati, sempati, duygu bulaşması, adalet, şefkat, sevecenlik ve merhamet yorgunluğu gibi pek çok kavram zaman zaman merhamet kavramının yerine ya da ayrı olarak kullanılmaktadır.

Bu kavramlar birbirinden farklı ancak iç içe geçmiş kavramlardır (Pehlivan ve Güner, 2020). Örneğin, acımak genellikle başka birinin sıkıntısına karşı farkındalık durumudur (Akdeniz ve Deniz, 2016).

Başka birinin durumuna yönelik gereken bu farkındalık, acımanın merhametle benzemesine neden olmaktadır. Fakat acıma duygusu, acı çeken birinin acılarını hafifletmek adına olumlu bir eylem içermezken merhamette karşıdaki kişiye yönelik güçlü bir ilgi, saygı ve de aktif bir katılım durumu vardır (Nas ve Sak, 2020).

“Empati ve sempati” kavramları da merhamet kavramına çok benzetilmekte ve sıklıkla birbirinin yerine kullanılabilir (Neff ve Pommier, 2013). Genel olarak merhamet kavramı ile empati kavramı birbiri ile ilişkili fakat birbirinden farklı kavramlardır. Literatürde empati kavramının başka birinin acılarını hissetmeyle ilişkili önemli bir unsur olduğu vurgulanırken ilgili sorunları çözmeye yönelik herhangi bir motivasyon ve davranış içermediği vurgulanmaktadır (Neff ve Pommier, 2013). Sempati kavramı ise, iki bireyin arasında ve genellikle çift yönlü olumlu bir birliktelik olup başka birinin hislerine duygusal açıdan bir katılım göstermez (Hökelekli, 2013). Sempati ve merhamet kavramları birbirlerine anlam olarak benzemelerine rağmen, merhamet başka birinin deneyimlediği olumsuz duruma yönelik aktif bir tepki vermez (Gladkova, 2010; Nas ve Sak, 2020).

Merhametle karışan diğer bir kavram olan “Duygu Bulaşması” kavramıdır. Bu kavram birçok iş yerinde olduğu gibi hastane ortamında da sıklıkla göze çarpan bir duygudur. Bu kavramın geniş bir tanımı, ‘Bir birey ya da grubun, duygularının ve davranışa ilişkin tutumlarının bilinçli ya da bilinçsiz olarak başka bir birey ya da grubun duygu veya davranışlarını etkilediği önemli bir süreçtir’ şeklinde belirtilmektedir. İnsanlar bilinçsiz olarak karşıdaki kişilerin duygu ifadelerini yansıttıklarında, bu kişilerin duygularının yansımalarını görmeye başlarlar (Wikipedi, 2018).

“Adalet” de merhametle karışan bir diğer kavramdır. Adalet genel olarak, insan ilişkilerini düzene sokan toplumsal düzenin mümkün olan fakat zorunlu olmayan bir özelliğidir (Kelsen, 2013). Adalet, iyilik yapan bir kişiye iyilik, kötülük yapana ise haksızlık etmemektir. Adalet, merhamet olduğu için var olabilen bir durumdur. Merhamet kişinin sahip olduğu olanaklara, hak ve hürriyetlere bir başkasının sahip olmaması durumunda, o kişilere yönelik hissettiği bir acıma duygusudur (Tarhan, 2017).

Merhametle en sık karıştırılan diğer bir kavram ise şefkattir. Merhamet, bir eğilim iken şefkat ise sevgi nesnesi belirli bir histir. Şefkat merhametin geliştirilmiş ve hatta olgunlaştırılmış şeklidir (Tarhan, 2017). Şefkat, bireyin diğer bireylere karşı ilgi göstermesi, kabullenmesi ve onları korumasıdır.

Merhamet bu noktada şefkatten ayrılarak, tüm insanların iyilik durumunu isteyip, yardım etme arzusu duymaktır. Başka bir ifade ile, merhamet herkese şefkatli yaklaşımdır (Hökelekli, 2011).

Merhametle karışan kavramlardan biri de sevecenliktir. Sevecenlik, kişinin kendisine ve başka kişilere karşı daha anlayışlı ve ilgili olması demektir. Anlayış, yakın olma duygusu oluşturmakta böylece bireyin başkaları ile arasındaki farklılaşmayı azaltmaktadır (Akdeniz ve Deniz, 2016).

Merhamet ile en çok karıştırılan ve literatürde merhamete ilişkin yapılan çalışmalarda en çok yoğunlaşılan kavramlardan biri de merhamet yorgunluğudur. Merhamet yorgunluğunun pek çok tanımı olsa da Figley (2002)'e göre merhamet yorgunluğu, travma sonrası stres duyan insanlara yardımcı olurken dolaylı olarak deneyimlenen duygusal etkidir (Figley, 2002). Figley'in bir başka tanımında ise merhamet yorgunluğu, kişinin önemli bir travma yaşamasının ardından o kişiye yardımcı olmaya çalışmanın vermiş olduğu stres, acı çeken veya travma geçiren kişiye yardımcı olma isteğinin sonucudur (Figley, 1995).

Tüm bunların ışığında acıma, empati, sempati, duygu bulaşması, adalet şefkat, sevecenlik ve merhamet yorgunluğu gibi pek çok kavramdan ayrı tutulan merhamet genel olarak bir başkasının sorununa ve sıkıntısına ilgi gösterip ortak olma, şefkat gösterme ve o bireyle birlikte olma olarak tanımlanmaktadır (Avşaroğlu, 2019).

2.2. Hemşirelikte Merhamet ve Merhametli Bakım

İnsan, yaşamının her döneminde bakıma ihtiyaç duyan bir varlıktır (Toru, 2020). Bu ihtiyaç belli dönemlerde profesyonel kişiler tarafından yönetilmeli ve uygulanmalıdır. Bireylerin sağlığını koruma, geliştirme, iyileştirme ve rehabilite etme sürecinde görev alan ve profesyonel bakım sunan hemşirelik mesleği de insan bakımına temellenmiş bir meslektir (Altıok ve diğerleri, 2011; Cerit ve diğerleri, 2019; Toru, 2020; Dinç, 2010). Hemşirelik bakımı bilimin yetkin bir uygulaması olup hem bir sanat hem de bir bilimdir. Hemşirelik

bakımı; güvenlik ve esenlik içinde hem tedaviye uyumu hem de iyileşmeyi kolaylaştıracak şekilde bireye özenli ve tam olarak hazır bulunma sanatıdır. Merhametli bakım ise bu sanatın özünü oluşturmaktadır. O halde ‘merhamet’ ‘ilgi’ye hastanın hastalık deneyiminin somut bir gerçekliğine ait derin bir farkındalık ve daha güçlü bir duygusal tepki unsuru ekler (Stephen, 2011).

Tarihsel süreç içerisinde hemşireliğin temelini acı çekmekte olan kişilere duyulan endişe ve o kişilerin acılarını azaltmak için harekete geçme arzusu ile kadının anne şefkatinden gelen koruyucu ve bakım verici davranışlarından ortaya çıktığı, zor durumda olan bir kimseye dini ve vicdani (merhamet) duygular ile hizmet etme felsefesi çok yaygın olduğundan rahibelere uygun bir meslek olarak benimsendiği göze çarpmaktadır (International Council of Nursing [ICN], 2020; Turan ve diğerleri, 2011). Hemşireliğin modernleşmesi ile birlikte Nightingale’in hemşirelik felsefesi ile oluşturulan ilk Hemşirelik Andın’da ise ‘şefkatlilik’ ve ‘merhametlilik’ ilkelerine vurgu yapılarak aslında merhamet duygusunun hemşirelikte ne kadar eski ve değer verilen bir kavram olduğu görülmektedir (Özsoy ve Dönmez, 2017). Geçmişten bugüne insanlarla sürekli zaman geçiren ve insani ilişkilerin çok yoğun yaşandığı ortamlarda hastaların acı, ıstırap ve travmalarına tanıklık eden hemşirelerin (Fallek, 2019; Uncu ve diğerleri, 2015) merhamet, empati gibi belirli niteliklere sahip olması gerekmektedir (Ortega ve diğerleri, 2018). Burnell (2011)’ın yaptığı bir araştırmada merhamet duygusunun hemşirelik bakım ve uygulamalarının kalbini oluşturduğu ve hemşirelerin yapmış oldukları tüm uygulamalarda bulunması gereken temel bir özellik olduğu vurgulanmaktadır (Burnell, 2011). Merhamet ANA etik kodlarında da yer almaktadır (Bivins ve diğerleri, 2017). Hemşirelik bakımında merhametli bakım ve uygulamalar için hemşirelere çağrı yapan ANA 2014 yılında yayımladığı 9 etik kodun 1. Maddesinde, ‘hemşirelik bakım ve uygulamaları hiçbir ayırım gözetmeksizin her insana eşit şekilde, insan onuruna saygılı ve merhametli bir biçimde uygulanmalıdır’ hükmüne yer vererek hemşirelik bakım ve uygulamalarında merhameti vurgulamıştır (ANA, 2014). ICN’nin geliştirdiği etik kurallarda da ‘merhamet’ kavramının yer aldığı görülmektedir. ICN 2012 versiyonu, mahremiyete, insan haklarına saygıya, adetlere, değerlere ve inançlara karşı duyarlılığa vurgu yapmaktadır. Yetkinlik ve eğitimin sürdürülmesi, çevre güvenliği, eşitlik, iş birliği ve sosyal adalet savunuculuğu, duyarlılık, saygı, merhamet, güvenilirlik ve dürüstlük gibi profesyonel değerlere değinmektedir (ICN, 2020).

Görüldüğü gibi hümanistik yaklaşım ve merhamet, kaliteli hemşirelik bakımının ana unsurları olarak kabul edilmekte (Bray ve diğerleri, 2014) ve hemşirelik literatüründe

merhametli bakım kavramından sıklıkla söz edilmektedir (Harrison, 2009). Merhametli bakım kavramı tıpkı merhamet kavramı gibi yeni bir kavram olmayıp hemşireliğin doğuşundan beri varlığını sürdürmektedir (Harrison, 2009).

Merhametli bakım kavramı ile ilgili literatürde birçok tanım yapıldığı görülmektedir. Tıpkı merhamet kavramında olduğu gibi farklı tanımların var olması kavrama farklı açılardan bakmayı kolaylaştırmaktadır. Bivins ve diğerleri (2017) merhametli bakımın birçok unsuru içerisinde barındırdığını ifade ederek merhametli bakımla ilgili tek bir tanım yapmanın doğru olmadığını belirtmişlerdir (Bivins ve diğerleri, 2017). Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) sürekli eğitim, hesaplanmış riskler almak, düşüncelerini açıkça ifade etmek, rol modelleri, cezalandırıcı olmayan ve etik uygulama normlarını destekleyen bir kültür ve harekete geçme cesareti maddelerini merhametli bakımın bileşenleri olarak açıklamıştır (ICN, 2020). Fry (2000) hemşirenin sahip olması gereken ‘merhamet’ yönünü de vurgulayarak hijyen gibi uygulamaların yanında bakımın ahlaki yönünü de dile getirmiştir (Fry, 2000). Roach (2007) merhametli bakımın, bakım verilen birey farklı bir ırka mensup olsa bile, o bireyin acısına, korkusuna ve ızdırabına katılmak olduğu üzerinde durmuştur (Burnell ve Agan, 2013). Görüldüğü gibi merhametli bakım, profesyonel hemşireliğin hayati bir yapı taşı ve modern hasta bakımının önemli bir parçasıdır (Pehlivan ve Güner, 2020).

2.2.1. Merhametli Bakımın Yararları

Merhametin iyileştirici özelliği yüzyıllardır bilinmekte (Dalgacı ve Gürses, 2018) olup günümüzde merhametli bakımın yararlarına ilişkin yapılan çalışmalarda gün geçtikçe artmaktadır. Literatüre göre, sağlık bakım hizmeti sunulan ortamlarda merhametli bakımın dört potansiyel yararlanıcısı söz konusudur (Stephen, 2011). Bunlardan ilki klinisyenler, hemşireler, asistanlar ve diğer sağlık personelidir. Yapılan çalışmalar sağlık bakım sisteminde özellikle tıp alanında merhamet içerikli eylemlerin yüksek bir oranda azaldığına dikkat çekmektedir.

Tüm sağlık sistemi maddi durumu geliştirmek için genellikle kar ve zararlar ilgilenmekte ve sağlık hizmeti verirken hastalara ayrılan süreyi minimuma indirgemektedir. Merhametli uygulamalardaki bu azalma pek çok zararla sonuçlanmaktadır. Örneğin doktorluk yapma isteğinde olumsuz bir etkilenim, mesleki stres, madde kötüye kullanımı,

intihar girişimlerinde artış ve tükenmişlik görülebilmektedir (Stephen, 2011). Tükenmişlik daha düşük bakım kalitesi, hasta memnuniyetsizliği, artan tıbbi hatalar, davalar ve azalmış empati ile ilişkilidir. Hastalarının iyiliği için endişe duyan hemşireler ise hastaların yaşadığı acının ve korkunun daha fazla farkındadırlar.

Bu farkındalık onların merhamet duygularını arttırmaktadır (Lynn, 2019). Merhametli bakımın da hemşirelerin tükenmişliğinin giderilmesinde önemli bir etken olduğuna ve merhametin bakım veren kişilere yönelik oldukça güçlü bir terapi olabileceğine ilişkin kanıtlar söz konusudur. İlgili kanıtlar merhametin dayanıklılığı ve tükenmişliğe karşı direnci de desteklediğini göstermektedir (Lynn, 2019). Bu doğrultuda merhametle kurulan bağlantıların ve merhametli ilişkilerin güçlendirilmesinin hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin tükenmesini önlemeye yardımcı olabileceğine dikkat çekilmektedir (Cheney, 2020).

Sağlık bakım hizmeti sunulan ortamlarda merhametli bakımın dört potansiyel yararlanıcısından ikincisi ise geleceğin sağlık mesleği üyeleri olan tıp ve hemşirelik öğrencileridir. Öğrenciler hastalara ya da kendilerine karşı merhametin söz konusu olmadığı bir klinikle karşılaştıklarında moral kaybı ve düş kırıklığı deneyimlemektedirler. Genellikle diğer sağlık personeline, hastalara ve yakınlarına kaba ve sert davranan klinisyenler, öğrencilere de aynı şekilde davranmaktadırlar. Bu da onların öğrenme süreçlerini olumsuz etkilemektedir. Oysaki merhametli bakımın klinikte iyi rol modellerin gözlemlenmesi ile öğrenildiği varsayılmaktadır (Stephen, 2011).

Sağlık bakım hizmeti sunulan ortamlarda merhametli bakımın üçüncü yararlanıcıları da sağlık bakım hizmeti alan bireylerdir. Sağlık bakım hizmeti sunulan ortamlardan hizmet alan bireyler normal zamanlara oranla daha sıkıntılı, gergin ve streslidirler. Oysaki bu ortamlarda merhametli bir klinisyenin var olması, hasta ve yakınları için birçok ilaçtan çok daha büyük bir armağandır. Bu ortamlarda çalışan sağlık personeli merhametli olduklarında daha erken ve doğru teşhisler elde edilebilir. Çünkü bu ortamlar sağlandığında hasta duygusal olarak kendini rahat ve güvende hissedebilir. Kendini rahat ve güvende hisseden hasta bilgiyi daha iyi, daha doğru ve daha rahat verir. Bu durum doğru ve erken teşhisi hızlandırır. Doğru ve erken teşhis de hastanın iyileşme yolundaki sürecini etkiler (Stephen, 2011). Merhamet içerikli bir hemşirelik bakımı sunmak, hastalarda daha yüksek memnuniyet duygusu daha güvenli bakım, zamandan ve maliyetten tasarruf sağlayabilir (Lown ve diğerleri, 2011). Bununla birlikte, hastalar sağlık ekibi tarafından özenli ve saygılı bir şekilde bakıldığını hissettikleri zaman kendilerine karşı daha sorumlu bakınırlar. Sequist

ve diğeri (2011), hastaların merhametli bakımının hastalığı önleme ve hastalık yönetimi ile olumlu bir ilişki gösterdiğini bildirmişlerdir (Sequist ve diğeri, 2011). Yapılan pek çok çalışmada hastaların bakım vericileri ile olumlu ilişkilerinin onların hastalığa ilişkin öz-yönetim becerilerini (Stephen, 2011) arttırmaya, komplikasyon olasılığını azaltmaya (Cheney, 2020), tedavi ve bakım planlarına bağlılıklarını arttırmaya (Stephen, 2011), fiziksel olarak iyileşmenin yanı sıra duygusal ve psikolojik yönden iyi oluşu arttırmaya (Weaver, 2007) ve acil servis başvurularını azaltmaya (Cheney, 2020) katkı sağladığı saptanmıştır. Kirby (2017) de merhametli bakımın acı çekmeyi hafifletebileceğini ve yaşam doyumunu iyileştirebileceğini belirtmiştir (Kirby, 2017).

Sağlık bakım hizmeti sunulan ortamlarda merhametli bakımın dördüncü ve son yararlanıcıları Sağlık Kurumları ve Tıp Merkezleridir. Bu merkezlerin oryantasyon programları ve hizmet içi eğitim programlarında bakımın bu boyutuna ilişkin eğitimlere ve ödül sistemlerine yer verilirse kurumda merhametli bakım kültürü oluşumu daha kolay sağlanabilecektir. Merhametli bakım sunumu sonucunda da kaynaklar korunabilecektir. Çünkü hastanın tedaviye sürecine uyumu olumlu yönde ilerleyecek, sağlık personeli işini daha fazla anlamlı ve doyum verici bulacak ve itibarı yükseltecek şekilde hasta memnuniyeti artacaktır. Ayrıca, merhametli bakım, malpraktis davalarının da daha düşük bir oranda görülmesini sağlayacaktır (Stephen, 2011). Merhametli bakımın finansal kazançlar üzerinde de güçlü bir etkisi olduğu bilinmektedir. Merhamet, hasta memnuniyeti için önemlidir ve hasta memnuniyeti, kârlılığı yönlendirmektedir (Cheney, 2020).

Görüldüğü gibi merhamet sadece hastalara değil, sağlık bakım hizmeti sunan bireylere, sağlık öğrencilerine ve sağlık bakım kurumlarına da önemli geri dönüşler sağlamaktadır (Lee ve Seomun, 2016).

2.2.2. Merhametli Bakımı Etkileyen Faktörler

Sağlık profesyonellerinin merhametli bakım sunumunu etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır (Crawford ve diğeri, 2014). Bunlar bireysel ve kurumsal faktörler olarak iki bölümde incelenmektedir (Crawford ve diğeri, 2014).

Sağlık profesyonelinin hastayla etkileşimini etkileyen en önemli faktörlerden biri olan bireysel faktörler; stres, tehditler, tehdit durumunda kişinin kendini savunmaya yönelmesi, bakımın bir zorunluluk olması, hastanın gereksinimleri, bakım vericinin bakıma dahil etmek

istediği kaynakların varlığı/yokluğu, öfke, motivasyon eksikliği ve bakıma ayrılacak yeterli zamanın olmayışı gibi faktörlerdir (Crawford ve diğerleri, 2014).

Merhametli bakımı etkileyen kurumsal faktörler ise kanıt temelli uygulama pratiği, personelle olan ilişkiler, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ve piyasalaştırma, fırsatları kısıtlayıcı yönetim modelleri gibi faktörlerdir (Crawford ve diğerleri, 2014). Kurumsal faktörlerin en önemlilerinden biri de çalışma alanının kapasitesinden daha az personelle çalışmaktır. Bu ise çalışanların iş yükünü arttırmaktadır. Bu durum da merhametli bakımı olumsuz etkilemektedir. Bununla birlikte insanları finansal kısıtlamalara ilişkin sürekli bilgilendirmek, ön safhalardaki personeli kesmeye odaklanmak, tehdit, tasarruf koşulları ve baskı oluşturmak, kendi kendini denetleme, hesap verilebilirlik ve raporlamanın düşük olması, nitelik yerine niceliğe yoğunlaşılması ve girdiden çok çıktıya odaklanılması da merhametli bakımı engelleyen kurumsal faktörler arasındadır (Crawford ve diğerleri, 2014).

Yapılan çalışmalarda, prosedüre dayalı bakım anlayışı, zor ekip arkadaşları, akran desteğinin yokluğu, sağlık profesyonelleri arasında hasta bakımında ortak bir anlayışın olmaması, çatışmalar, farklı felsefi inançlar, belirgin olmayan tedavi planları, farklı yaklaşım ve fikirlerin olması, yetersiz liderlik ve yetersiz kurumsal destek (Crawford ve diğerleri, 2014; Jones ve diğerleri, 2016; Papadopoulos ve diğerleri, 2017), eksik personel, zaman yetersizliği ve iş yükü gibi çalışma koşullarının (Davison ve Williams, 2009; Crawford ve diğerleri, 2014) merhametli bakım vermeyi engellediği belirtilmiştir.

2.2.3. Merhametli Bakım Davranışları ve Uygulamaları

Merhamet, diğer insanlarla ilişki halinde ortaya çıkan, bir başkası ile yapmayı seçtiklerimizle ilgili bir eylemdir (Dewar ve diğerleri, 2014). Merhametli davranış başka kişilerin değerlerini anlamayı, o kişilerle ilişki halinde olmayı ve ilgili o kişi için anlam ifade edecek bir biçimde cevap vermeyi gerektirir (Dewar ve diğerleri, 2014). Merhametli bakım, bir hemşire ve bir hasta arasında özel bir bağ kurulduğunda ortaya çıkan, mesleki zorunluluk nedeni ile yapılan eylemlerden çok daha fazlasıdır (Burnell, 2009). Merhametli olarak nitelendirilen davranışlar, genellikle rutin hemşirelik bakımı içerisinde gerçekleştirilen eylemler olarak görülmekte ve bu nedenle de nadiren ifade edilmektedirler. Aynı zamanda merhametli davranışlar, bakım uygulamalarında 'basit' eylemler gibi görülmekte fakat bakım alan birey ve ailesi üzerinde yoğun etkileri olduğu da bilinmektedir.

(Pearson, 2006). Merhamet yalnızca hastaların içinde bulunduğu zor ve kötü durumlar için empati kurmakla sınırlı değildir. Merhamet, hastaya verilen uygun bir bakım ile hastaları güçlendirmek anlamına da gelmektedir (Dewar ve Cook, 2014). Merhametli bir bakım için, bir diğer kişinin yapamadığı bir durumun farkına varma ve bu durumu cevaplamamanın yollarını aramaya ihtiyaç vardır (Dewar ve diğerleri, 2014). Yapılan çalışmalarda hastaların merhametli bakım davranışlarını nasıl algıladıkları ve tanımladıkları araştırılmış merhametli bakım davranışlarının dinleme, özveri, katılımını sağlama, anlayış, yardım etme olduğu (Kret, 2011) belirtilmiştir. Ayrıca hastanın ağrısının dindirilmesine yardımcı olma, tıbbi sorunların hemşireler tarafından anlaşılıyor olması, hemşirelerin mesleki yeterliliği, ekip olarak çalışma becerileri, hastaları yargılanmadan tedavi ve bakım uygulanmaları (Burnell ve Agan, 2013), hastalar ve yakınlarının bakımları hakkında bilgilendirilmeleri, kendi bakımları ile ilgili tercih yapabilmelerinin sağlanması ve kendileri için neyin iyi olduğunun sorulması gibi pek çok uygulamanın da bir merhamet göstergesi olarak tanımlandığı belirtilmiştir (Dewar, 2011). Babaei ve diğerleri (2016) tarafından yapılan bir çalışmada, hemşirelerin hastalarına karşı sözlü ve sözsüz davranışlarının merhametli hemşirelik bakımının sunulmasında önemli olduğu saptanmıştır. Sözlü merhamet davranışları olarak hastayı bilgilendirme, zaman ayırma ve soru sorabilmelerine imkan tanıma, karşılanamayan ihtiyaçları için soru sorma gibi çıktılar tanımlanmıştır. Sözsüz gerçekleştirilen merhametli davranışlar için ise, göz teması kurma, dikkati hastaya yönlendirilerek etkin dinleme, konuşma konusu ile uyumlu olan yüz ifadeleri olarak belirtilmiştir. İran'da yapılan bir çalışmada ise gülmenin önemli olduğu ve hemşireden hastaya merhamet duygusunun aktarılmasını sağladığı belirlenmiştir (Babaei ve diğerleri, 2016). 15 ülkede 1323 hemşirenin katıldığı bir çalışmada ise, merhametli bakım sunulduğunu ifade etmede, hastalarla yakın ilişki kurma, orada olma, var olma, hasta ve ailesi ile birlikte olma kavramları merhametli bakım davranışı olarak ön plana çıkmıştır (Papadopoulos ve diğerleri, 2017). Tüm bu çalışma sonuçları göstermektedir ki merhametli bakım davranışlarında 'hastayla yakın ilişki kurmak, onu önemsemek, fark etmek, dikkate almak gibi pek çok basit fakat önemi büyük davranışlar merhametli bakımda anahtar rol üstlenmektedir.

2.3. Ölçme Araçlarının Türkçeye Uyarlanması

Bilimsel araştırmaların ham maddesi verilerdir. Bu veriler, genellikle ölçüm araçları ile elde edilmektedir (Karaçam 2019; Erkuş ve Selvi, 2019). Bu araçların nitelikli olması araştırma için elde edilen verilerin de nitelikli olması demektir (Erefe, 2012; Karaçam, 2019). Araştırmacılar araştırma ile ilgili verileri toplarken kendi geliştirdikleri ölçüm araçlarını kullanabildikleri gibi başka araştırmacılar tarafından geliştirilmiş ölçüm araçlarını da kullanabilmektedirler (Erkuş ve Selvi 2019; Karaçam, 2019). Bu araçların kullanılması sürecinde çoğu zaman başka dil ve kültürde geliştirilmiş bir ölçme aracının, kullanılacağı ülkenin dil ve kültürüne uyarlanması gerekir. Bu durum ölçeklerin uyarlanması olarak ifade edilir. Ölçek uyarlama işlemi farklı kültürler için hazırlanmış olan bir ölçüm aracının başka bir kültür ve dile çevrilerek psikometrik çalışmalarının yapılması sürecidir (Deniz, 2007; Aksayan ve Gözüm, 2002; Esin, 2014). Son yıllarda hemşirelik araştırmalarında farklı dil ve kültürde geliştirilen ölçeklerin Türkçe'ye uyarlanarak sıklıkla kullanıldığı görölmektedir (Karaçam, 2019). Türk toplumuna uyarlanmış bir ölçek kullanımı zamandan tasarruf edilmesini sağlar, verilerden genelleme yapabilme surumunu arttırır ve toplumlar arasında karşılaştırma yapılmasını sağlar (Erkuş ve Selvi, 2019).

Ölçek uyarlama temel olarak psikolinguistik (dil uyarlaması) özelliklerin ve psikometrik (güvenirlik ve geçerlik) özelliklerin incelenmesi şeklinde gerçekleştirilmektedir. Ölçek uyarlama çalışması aşamaları temel olarak şunlardır:

- Yeni bir test kullanılmasının mı ya da mevcut testi uyarlamanın mı çok daha kullanışlılık sağlayacağına karar verilmesi
- Ölçeğin orijinal dilini geliştiren yazar ya da yazarlardan kullanım için izin alınması
- Uyarlama yapılacak olan hedef dil ve kültürdeki ölçülen özelliğe ait olan yapının eşdeğerliğinin sağlanması
- Nitelikli çevirmenlerin seçilmesi
- Ölçeğin çevrilmesi ve uyarlanması
- Ölçeğin pilot çalışma (ön deneme) uygulamasının yapılması,
- Ölçeğin büyük bir grupta uygulanmasıdır (Yalçın, 2021).

2.3.1. Ölçeğin Psikolinguistik (Dil Uyarlaması) Özelliklerinin İncelenmesi

Bir ölçeğin farklı bir dile çevrilmesi aşamasında ifade ve kavramsallaştırma farklılıklarından dolayı geliştirilmiş olan orijinal ölçekte farklılıklar meydana gelmektedir. Oluşan bu farklılıkları en aza indirmek için ölçekte yer alan maddelerin dikkatle incelenmesi, çeviri yapılan dilde anlamlı olabilmesi için gerekli olan dönüşümün yapılması ayrıca çeviri yapılan dile hakim olan bireylerin normlarına göre düzenlenmesi gereklidir. Eğer bu sürece yeterli önem verilmezse, ölçeğin psikometrik sonuçları olan geçerlik ve güvenilirlik analizi sonuçları düşük çıkabilir. Bu sebeple çeviri aşamasında çeviri tekniğine dikkat edilmeli ve çevirmenlerin seçimine özen gösterilmelidir (Aksayan ve Gözüm, 2002).

Bir ölçeğin farklı bir kültüre uyarlanması ve dil geçerliliğinin sağlanmasında belli standart yaklaşımlar izlenmelidir. Bu standart yaklaşımlara ilişkin güncel ve uluslararası literatür dört işlemin sırası ile gerçekleştirilmesini önermektedir (Beaton, 2000; Thammaiah, 2016; WHO, 2018). Bu işlemler;

- Uyarlanacak dile çeviri (minimum iki kişi)
- Orijinal dile geri çeviri (minimum iki kişi)
- Uzman görüşü alınması
- Uygulama öncesi ölçeğin küçük bir gruba uygulama aşaması olan pilot çalışmadır (Karaçam, 2019; ITC, 2018; Esin, 2014; WHO, 2018).

2.3.1.1. Çeviri-Geri Çeviri

Çeviri yönteminde, özgün dilde olan ölçek iki dili de iyi düzeyde bilen iki ya da daha fazla uzman tarafından hedeflenen dile çevrilmektedir. Grupta yer alan üyelerin birbirlerinden etkilenme ve uzlaşma baskısını giderebilmek için çevirileri birbirlerinden bağımsız yapmaları gerekmektedir. Çeviriyi yapacak olan kişilerin seçiminde, alana özgü dil kullanımını önlemek için farklı alan uzmanları seçilmesine dikkat edilmelidir. Aynı zamanda çeviride yer alan kişilerin hedef dilin kültürünü iyi tanımaları, araştırma yöntemi ve çeviri süreciyle ilgili bilgi ve deneyime sahibi olmaları son derece önemlidir. Bununla birlikte araştırmacıların çevirmen olarak görev yapmamaları, daha sonra yapılacak olan

görüşmeleri kontrol etmeleri ve metnin son halinin oluşturulmasında görev almaları bakımından önemlidir. Çeviri sonrası ortak metin araştırmacıların ve çeviride yer alan kişilerin de katkıları ile ortak bir karara varılmalıdır (Esin, 2014; WHO, 2018; ITC, 2018).

Çeviri aşamasından sonra yapılan geri çeviri aşaması dil geçerliliğinde ikinci aşamadır. Bu aşama etkili bir özgün-hedef dil çevirisini gerçekleştirmek için literatürde önerilen bir yöntemdir. Bu aşama, aynı zamanda tutarsızlık ve bir takım kavramsal hatalarında anlaşılmasını sağlar. Geri çeviri, özgün metin ile çevrilen metnin arasındaki bağlamsal denkliğin anlaşılmasını sağlar. Geri çeviri yöntemi, araştırma ekibinde bulunmayan ve araştırmanın konusunu bilmeyen kişiler tarafından gerçekleştirilmelidir (Beaton, 2000; ITC, 2018; Karaçam, 2019; WHO, 2018).

2.3.1.2. Uzman Görüşü Alınması/ Uzman Grup İncelemesi

Eğer bir dile sahip bir toplumdan farklı bir dildeki topluma uyarlama yapıyorsa, çeviri yapılması zorunludur. Ölçek başka bir dile çevrilirken kavram ve ifade farklılıklarından doğan farklılıklar olabilmektedir. Yaşanan bu farklılıkları minimuma indirmek için ölçeğin maddeleri çok dikkatli incelenmeli ve hedef dili kullanan kişilerin değer yargılarına göre düzeltilmelidir. Bu amaç doğrultusunda,

- Her iki değişken, dil ve kültüre hakim olan üç uzman tarafından ölçeğin çevirisinin yapılması (ölçek uyarlama araştirmasında mümkünse tek bir kişi çeviri yapmamalıdır),
- Üç uzmanın ilk olarak birbirlerinden bağımsız çeviri yapmaları ve eğer uygunsa sonra hepsi bir araya gelerek tek tek maddelerin çevirilerini bir panel çalışması ile tartışarak uyumlu hale getirmeleri,
- Eğer yeterli uzman bulunursa, aynı çevirinin yeni bir uzman grubuna tersine çevirilmesi ve tekrar toplanarak iki çeviri arasındaki uyum ve uyumsuzluklar tartışılarak anlaşmaya varılması,
- Hedef dile çeviri işlemi bittikten sonra ölçeğin düzenlenerek bir hedef dil uzmanına dile uygunluğu için kontrol ettirilmesi,

- Farklı bir dil uzmanı tarafından da hedef dile çevrilmiş olan ölçeğin orijinal dile geri çevirisi yapılmalıdır (Erkuş ve Selvi, 2019; Aksayan ve Gözüm, 2002; Tezbaşaran, 1992).

Son olarak eğer yapılabiliyorsa aynı çevirinin geçerliği için üzerinde uyum sağlanmış olan Türkçe ölçek ile özgün dildeki ölçek, her iki dili de okuyup anlayabilen büyükçe bir gruba kısa bir aradan sonra ölçekler yarıya bölünüp karıştırılarak iki farklı ya da aynı oturumda, ölçeklerin uygulama sırası dengelenerek uygulanmasıdır (Erkuş ve Selvi, 2019).

2.3.2. Pilot Çalışma (Ön Uygulama)

Yeni geliştirilen ya da hedef dile uyarlanan bir ölçeğin veri toplamaya hazır olduğunu kabul etmeden önce ölçeğin pilot bir uygulaması yapılmalıdır (WHO, 2017). Bu aşama, hedef dile çevirisi hazırlanmış olan ölçeğin psikometrik özellikleri olan geçerlik ve güvenilirliğini incelemeye başlamadan önce yapılması önerilen bir aşamadır. Genellikle hedef guruptan seçilmiş olan (n= 30-40 kişi) bir gruba ölçek uygulanır. Ölçek maddelerinin kabul edilebilirliği ve anlaşılabilirliği yönünden katılımcıların geri bildirimleri alınır (ITC, 2018; Çapık ve diğerleri, 2018).

Pilot çalışmanın hangi grupta yapılacağı, ölçülmek istenen değişkene ve hedef grubun kimlerden oluşacağına bağlıdır. Pilot çalışma örneklem grubunun yaş aralığı, cinsiyeti, eğitim düzeyi gibi birçok özelliği, özgün ölçeğin hedeflenen grubu ile benzer olmalıdır (Erkuş, 2007).

2.3.3. Ölçeklerin Psikometrik (Güvenirlik ve Geçerlik) Özelliklerin İncelenmesi

Ölçek uyarlama çalışması yapılırken ikinci aşamada güvenilirlik ve geçerliğin test edilmesi yani hedef dile uyarlanan ölçeğin psikometrik özelliklerinin analiz edilmesi yer alır. Her ölçüm aracı geliştirilirken belli bir amaç için, belli koşullar çerçevesinde ve belli gruplara yönelik geliştirilir ve ölçülmek istenilen özelliği doğru bir şekilde ölçmesi beklenir. Doğru bir şekilde ölçüm yapamayan veya doğru bir ölçüm yapsa da geliştirilme amacına uymayan bir ölçüm aracının kullanılması uygun değildir. Dolayısıyla ölçme araçlarının geçerlik ve güvenilirliğinin beraber incelenmesi gerekmektedir. Geçerlik, bir ölçüm aracının

kullanıma ne kadar uyum sağladığını güvenilirlik de ölçme aracının hatalardan arınmış bir şekilde ölçüm yapabilme durumunu göstermektedir (Erkuş, 2003; Hovardaoğlu, 2000).

2.3.3.1. Güvenirlik (Reliability)

En genel tanımı ile güvenilirlik ‘ölçme araçlarının seçkisiz hatalardan arınık ölçüm yapabilme yeteneği’dir. Bir başka tanıma göre ise, ölçülen aynı şeyin bağımsız olarak yapılan ölçümleri arasındaki kararlılığa güvenilirlik (reliability) denir. Diğer bir ifade ile ölçülmek istenilen belirli bir şeyin, sürekli bir şekilde aynı sembollerini alması ve yapılan ölçümün ratlantısal yanılgılardan arınık olmasıdır. Güvenirlik farklı tekniklerle saptanabilen korelasyon katsayısı (r) ile belirlenmektedir ve korelasyon katsayısı 0 ile 1 arasında değişen değerler almakla birlikte değer 1’e yaklaşması ölçeğin güvenilirliğinin yükseldiğini göstermektedir. Ölçme araçlarının güvenilirliklerini belirlemenin birden fazla yolu bulunmaktadır. Bu yollardan bir tanesi kullanılabilirliği gibi birkaç tanesi de bir ölçme aracının güvenilirliğini belirlemede kullanılabilir. Bunlar; test tekrar test güvenirliliği (test-retest reliability), iç tutarlılık (internal consistency), eşdeğer formlar yöntemi, iki yarıya bölme güvenirliliği ve madde çözümlemesidir (Pınar, 1995; Erkuş ve Selvi, 2019).

2.3.3.1.1. Test-Tekrar Test Güvenirliliği

Test- tekrar test güvenirliliği, herhangi bir şeyin benzer koşullarda ve belli bir zaman aralığında yapılan ölçümler sonucu toplanan veriler arasındaki korelasyondur. Bu işlem aynı ölçeğin aynı kişilere, aynı şartlarda fakat farklı zamanlarda uygulanması işlemine dayanmaktadır. İki uygulama verileri arasındaki korelasyon yöntemiyle elde edilen güvenilirlik katsayısı ‘kararlılık (Stability) katsayısı’ olarak bilinmektedir ve genellikle ‘Spearman Testi’ ve ‘Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Tekniği’ kullanılmaktadır (Pınar, 1995; Erkuş ve Selvi, 2019).

Test- tekrar test yönteminin bazı dezavantajları bulunmaktadır. Bunlardan biri iki uygulama arasında gerçek puanlardaki değişim ve birinci uygulamada verilen tepkilerin tekrar edilme olasılığının yüksek olmasının etkileridir. İki uygulama arasındaki zaman aralığı çok kısa ise kişi aynı ya da benzer yanıtı vermektedir veya cevaplama aynı

stratejiyi kullanabilmektedir. Bu sebeple de yapılan ölçümler arası zaman aralığı önem taşımaktadır (Çakmur, 2012; Gözüm ve Aksayan, 2003).

Çünkü ölçüm zaman aralıklarının kısa süreli olması ezber etkisine neden olabilmekte, uzun olması ise gelişim etkisini görmezden gelme gibi birtakım durumların oluşarak ölçüm sonuçlarının güvenilirliğinin zedelenmesine neden olmaktadır. Sınırlılıklar dikkate alınarak yapılacak olan iki ölçüm arasındaki zaman aralığı onbeşgünden daha az, bir aydan daha fazla olmamalıdır (Çakmur, 2012; Gözüm ve Aksayan, 2003).

2.3.3.1.2. İç Tutarlılık

İç tutarlılık bir ölçeğin güvenilirliği için sıklıkla kullanılan bir güvenilirlik ölçütüdür. İç tutarlılık, ölçme araçlarının belirli bir amaca hizmet etmek üzere, birbirlerinden bağımsız olan anket sorularından oluştuğu ve bu soruların içerisinde bilinen ve birbirine eşit ağırlıklara sahip olduğu prensibine dayanmaktadır (Karasar, 2009; Erefe, 2004).

Cronbach tarafından geliştirilen alfa katsayısı yöntemi, ölçekte yer alan maddelerin doğru-yanlış olarak puanlanmadığında başka bir deyişle 1-3, 1-4, 1-5 gibi aralıklı olarak değerlendirildiğinde kullanılan iç tutarlılık yöntemidir (Ercan ve Kan, 2004; Tavşancıl, 2010). Likert yapıdaki bir ölçeğin iç tutarlılığını belirlemek amacıyla Cronbach Alpha veya alfa katsayısı olarak da ifade edilen güvenilirlik ölçütü hesaplanmalıdır. Birbirleri ile yüksek ilişkili maddelerden oluşan ölçüm araçlarının alfa katsayısı da yüksek olmaktadır. Ölçüm aracının alfa katsayısının yüksek olması o araçta yer alan maddelerin aynı ölçüde birbirleri ile tutarlı ve aynı niteliğin unsurlarını ölçen maddelerden oluştuğunu göstermektedir. Likert yapıdaki bir ölçeğin alfa katsayısı olabildiğince 1'e yakın olmalıdır (Gözüm ve Aksayan, 2003; Tezbaşaran, 1992). Cronbach's Alpha (α) katsayısı değeri 0-1 arasında değişmektedir; 0.00-0.40 arası ölçeğin güvenilir olmadığı; 0.40-0.60 arası düşük güvenilirlik olduğu, 0.60-0.80 arası oldukça güvenilir olduğu ve 0.80-1.00 arası ise yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilmektedir (Tavşancıl, 2005).

2.3.3.1.3. Eşdeğer Formlar Yöntemi

Bu yöntem iki eşdeğer formun aynı bireylere aynı koşullarda uygulanması ve aralarındaki korelasyona bakılması şeklinde yapılmaktadır. İşlem sonucunda elde edilen katsayı ise, eşdeğerlik katsayısı şeklinde adlandırılmaktadır (Uysal, 1998).

İki testin paralel olabilmesi için; ilk olarak aynı özelliği ölçmeleri ve ortalamalarının, varyanslarının, kovaryanslarının, madde sayı ve tiplerinin eşit olması gerekmektedir. Eşdeğer formlar, aynı deneklere, aynı gün ya da farklı gün aynı koşullarda uygulanabilmektedir. Eğer iki form hemen üst üste uygulanmış ise güvenilirlik yalnızca formdan forma geçişteki performansı gösterir, zamandaki değişimler hakkında bir fikir sunmaz. Bunun için testlerin uygulama sırası, deneklerin yarısı birine, diğer yarısı ise diğerine olacak biçimde dengelenmelidir (Crocker ve Algina, 1986).

2.3.3.1.4. İki Yarıya Bölme Güvenirliği

Split Half diğer adıyla iki yarıya bölme metodu da güvenilirlikte sıklıkla kullanılan yöntemlerden biridir ve ölçek maddeleri iki eşit parçaya ayrılarak ölçüm sonuçları arasında korelasyon hesaplanmaktadır. Yarıya bölme metodundaki mantık testin her iki yarısının paralel olduğu sayılıtısına dayanmaktadır; yani her iki yarının varyans ve ortalamalarının eşit olduğu kabul edilmektedir. Başka bir deyişle de veri setindeki maddelerin ortadan ikiye bölünüp iki yarı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Maddeler iki yarıya ayrıldıktan sonra, iki yarı iki ayrı testmiş gibi kabul edilip Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı ile aralarındaki korelasyon bulunmaktadır. Elde edilmiş olan değer, test yarı yarıya kısaltıldığından yarılardan bir tanesinin güvenilirlik katsayısını vermektedir. Tüm testin güvenirligi Spearman-Brown formülü ile kestirilmektedir (Karasar, 2009; Erefe, 2004; Erkuş ve Selvi, 2019; Tavşancıl, 2005).

2.3.3.1.5. Madde Çözümlemesi

Güvenirlik belirlenirken birden fazla yöntem kullanılmasına rağmen en sık kullanılan yöntemler Kuder Richardson 20 (KR- 20) ile 21 ve Cronbach Alpha Katsayısıdır.

KR-20 yani Kuder Richardson 20 yöntemi, madde cevapları iki seçenek olan (evet ve hayır gibi.) ölçeklerde kullanılmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2003; Karasar, 2009; Erefe, 2004). Kuder Richardson 21 ise, ölçekte bulunan her maddenin güçlük derecesinin benzer olduğu varsayılan durumlarda kullanılmaktadır. Uygulamaya bakıldığında ise bu durumla çok nadir karşılaşıldığından KR-21 sık kullanılmamaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2003; Tezbaşaran, 1992).

Cronbach tarafından geliştirilen Cronbach Alpha Katsayısı yöntemi ise, Likert tipi ölçeklerin iç tutarlılıklarını belirlemek amacıyla kullanılan bir yöntemdir ve 0-1 arasında değişen bir değer almaktadır. Güvenirlik analizinde, Cronbach's Alpha katsayısı değeri 0-1 arasında değişmektedir; 0.00- 0.40 arasında ölçeğin güvenilir olmadığı; 0.40- 0.60 arasında düşük güvenilirlikte, 0.60- 0.80 arasında oldukça güvenilir ve 0.80- 1.00 arasında ise yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu yönünde değerlendirilmektedir (Tavşancıl, 2005; Gözüm ve Aksayan, 2003; Tezbaşaran, 1992).

2.3.3.2. Geçerlik

Geçerlik, bir ölçme ya da veri toplama aracının herhangi başka bir özellikte karıştırmadan incelemeyi amaçladığı değişkenle ilgili özelliği doğru ölçebilme derecesi olup ölçüm aracının sahip olması istenen güvenilirlikten sonraki ikinci önemli niteliktir (Tekin, 1977; Erefe, 2004). Ölçmede geçerlik ise, ölçülmek istenen değişken ya da kavramın başka özelliklerle karıştırılmadan ölçülebilmesi durumudur (Karasar, 2009; Demirali, 1995). Bir ölçüm aracının geçerli olabilmesi için ilk olarak ölçülmek istenen özelliğe uygun olması gerekir. İkinci olarak ise, ölçüm kurallarına uygun yapılması ve son olarak da ölçüm verilerinin gerçekten ölçülmek istenen özelliği yansıtması gerekir (Ayhan, 2013).

2.3.3.2.1. İçerik/ Kapsam Geçerliği

Bütün olarak ölçüm aracının ve araçta bulunan her maddenin ölçülmek istenilen amaca ne derece hizmet ettiği, ölçekteki her maddenin ölçülmesi istenilen kavramı ölçme durumunun hem nicelik hem de nitelik olarak yeterli oluşu ya da olmayışını belirten özelliğe kapsam geçerliği adı verilir (Tekin, 1977; Karasar, 2009; Erefe, 2004; Büyüköztürk, 2010).

Kapsam geçerliği yapılırken yanıt aranan soru ‘ölçek maddeleri her bir maddenin nitelik ve içerik olarak söz konusu davranışı ölçmede yeterli olup olmadığıdır (Büyüköztürk, 2010). Kapsam geçerliğini test etmek için uzman görüşüne başvurulmaktadır. Görüşüne başvuru alan uzmanlar, ilgili bilim alanında ve ölçek konusunda uzman kişilerdir. Uzmanlardan oluşan grup en az üç en fazla 20 kişi olmalıdır. Uzman olarak belirlenmiş olan kişilere ölçek gönderilerek uzmanlardan maddeleri puanlayıp görüş vermesi ve ölçeği değerlendirmesi istenmektedir. Konu ile ilgili alan uzmanlarının ölçekle ilgili geri bildirim ve değerlendirmeleri sonucu kapsam geçerlik oranları hesaplanmaktadır. Hesaplanan bu kapsam geçerlik oranlarına yönelik farklı teknikler geliştirilmiş olup bunlar Lawshe ve Davis Tekniğidir. Bunlardan ilki olan Lawshe Tekniği Lawshe (1975) tarafından ilk olarak geliştirilen ve kullanılan tekniktir (Cohen, 1960; Davis, 1992; Lindell ve Brandt, 1999; Lawshe, 1975; James ve diğerleri, 1993; Lindell ve diğerleri, 1999; Tinsley ve Weiss, 1975). Lawshe tekniği olarak bilinen teknik altı aşamadan oluşmaktadır. Bu teknikte, en az beş en fazla ise 40 uzman görüşü önerilmektedir. Kapsam geçerliğinin yanında benzer şekilde maddenin anlaşılabilirliği, hedef kitleye uygunluğu vb. amacıyla da uzman görüşleri derecelendirilebilmektedir. Buna göre, uzmanların herhangi bir maddeye ilişkin görüşleri toplanarak kapsam geçerlik oranları elde edilmektedir. Kapsam geçerlik oranları (KGO), herhangi bir maddeye ait ‘‘Gerekli’’ görüşünü belirten uzman sayılarının, maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısına oranının bir eksiği ile elde edilir. İkinci olarak geliştirilen ve bakıldığında uygulamada en sık kullanılan yöntem ise Davis (1992) tarafından geliştirilen Davis Tekniğidir. Bu tekniğe göre ise maddeler değerlendirilirken, 1. Uygun Değil, 2. Maddenin Uygun Şekle Getirilmesi Gerekir, 3. Uygun, Ancak Küçük Değişiklik Gerekir, 4. Çok Uygun şeklinde puanlandırma yapılmaktadır. Ölçekte yer alan tüm maddeler için 3 ve 4 puanı veren uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünür. Bu işlem sonucunda elde edilen Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) değeri hesaplanır (Davis Tekniği) ve bu değer için ölçüt olarak 0.80 değeri kabul edilmektedir. Eğer KGİ değeri 0,80’den büyük ise madde kapsam geçerliği açısından yeterlidir. KGİ değeri 0,80’den düşük

olan maddeler ise elimine edilerek araştırmaya alınmaz (Davis, 1992). Kapsam Geçerlik İndeksi formülü aşağıda sunulmuştur.

$KGO = \frac{4+3}{\text{Toplam Uzman Sayısı}}$ olarak belirtilen uzman / Toplam Uzman Sayısı (Esin, 2014; Akduman ve Cantürk, 2010; Davis, 1992).

2.3.3.2.2. Faktör Analizi

Faktör, bağımsız değişken/etmen ve doğrudan gözlenemeyen veya örtük değişken bir diğer ismi ile psikolojik yapı (construct) olarak iki anlamda kullanılmaktadır. Faktör analizi ise, genel olarak gözlenen değişkenler arasındaki ilişkilerden yola çıkararak örtük yapıları ortaya çıkarma ve bir faktörleştirme veya alt faktör olarak isimlendirilen yeni değişkenleri ortaya çıkarıp maddelerin faktör yük değerlerini kullanarak kavramın tanımlarını elde etme sürecidir (Erkuş ve diğerleri, 2020; Karasar, 2009; Esin, 2014; Büyüköztürk, 2014). Değişken sayısının azaltılması ve değişkenler arasında bulunan ilişkilerden yararlanarak yeni yapılar ortaya koymak ise faktör analizinin temel iki amacıdır (akır, 2014).

Faktör analizi yapılma esnasında aynı yapıyı ölçmeyen maddeler çıkarılırken genel olarak üç ölçüt kullanılmaktadır. Bunlar;

1. Maddelerin buldukları faktördeki yük değerinin yüksek olması durumu. Bulunan faktör yük değerinin 0.45 veya daha yüksek olması iyi bir kriterdir. Fakat az sayıdaki maddeler için bu değer 0.30'a indirilebilmektedir.

2. Maddelerin tek bir faktörde yüksek bir yük değeri alması diğer faktörlerde ise düşük yük değeri alması durumu. Çok faktörlü olan bir yapıda birden fazla faktör altında yüksek yük değeri alan bir madde binişik madde olarak adlandırılır ve ölçekten çıkarılması gerekebilir.

3. Önemli faktörlerin ölçekte yer alan herhangi bir maddede beraber açıkladıkları ortak faktör varyanslarının düşük olma durumu. Maddelerin ortak faktör varyanslarının 0.66'ın üstünde olması veya 1.00'a yakın olması iyi olarak değerlendirilmektedir fakat bunu pratikte gerçekleştirmek zordur (Büyüköztürk, 2014).

Spearman tarafından 20. yüzyılın ilk zamanlarında geliştirilen ve bilgisayar kullanım sıklığının artması ile daha da yaygınlaşan faktör analizi ikiye ayrılmaktadır.

Birincisi Açıklayıcı (Exploratory) Faktör Analizi (AFA), ikincisi ise Doğrulayıcı (Confirmatory) Faktör Analizidir. Uygulamada sıklıkla kullanılan yöntem Açıklayıcı Faktör Analizidir (Çakır, 2014).

2.3.3.2.2.1. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)

Bir ölçek için oluşturulmuş olan maddelerin nasıl şekilleneceği alan uzmanları tarafından bir miktar bilinse de ölçekte yer alan yapının tam olarak ne olduğu, kaç tane gizil değişken olan faktörün olduğu ve hangi maddelerin hangi faktör altına girdiğinin istatistiksel bir yöntemle belirlenmesi gerekir. Bu sayede, maddelerden hangilerinin işe yaradığı yani varyasyon açıklayıp açıklamadığı kolaylıkla belirlenebilmektedir. Bu nedenle, bir ölçek geliştirme işleminde ilk olarak ölçekte var olan gizil yapıyı ortaya çıkarmakta kullanılan AFA yöntemi kullanılır (Brown, 2006; Schumacker ve Lomax, 2010).

2.3.3.2.2.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) bir grup gözlenebilen değişkenin faktör adı verilen gizil değişkenleri ne kadar ve nasıl açıkladığını göstermek amaçlı yapılmaktadır. Literatürde DFA, önemli kolaylıklar sağlaması ve ölçme modellerinin geliştirilmesinde sık kullanılan bir analizdir. Bu analiz yöntemi, daha önceden tasarlanan bir model aracılığı ile gözlenen değişkenlerden hareketle faktör oluşturmaya yönelik bir uygulamadır (Schumacher ve diğerleri, 1996). Yapısal geçerlik çalışmalarında bir hipotezin test edilmesi için birçok yöntem kullanılabilir fakat uygulamada daha çok DFA yönteminden yararlanılmaktadır. Bu yönüyle ise test edilen faktör yapısı üzerinde alternatif modeller önerilmesine imkan sunması ile önemli bir avantaj sağlamaktadır (Öngen, 2010).

DFA, AFA ile ortaya koyulmuş olan faktörlerin hipotez ile belirlenen faktör yapılarına uygunluğunu test etmek amaçlı yapılan faktör analizidir. DFA'nın belirlenen k sayıda faktöre katkı sağlayan değişken gruplarının bu faktörler ile ne kadar temsil edildiğini belirlemek amaçlı yapılması yönü ile açıklayıcı faktör analizinden ayrılmaktadır. Çünkü AFA'da hangi değişken gruplarının hangi faktör ile yüksek düzeyde ilişkili olduğunu test etmek amaçlanmaktadır. DFA'ya değişkenlerin faktörler ile ve faktörlerin de birbirleri ile

olan korelasyonlarının tanımlandığı hipotezi kurmakla başlanır ve analiz LISREL, AMOS, EQS, SAS/CALIS gibi paket programlar kullanılarak yapılmaktadır. Böylelikle belirlenen faktörlerle değişkenler arasında yeterli düzeyde bir ilişki olup olmadığı, hangi değişkenlerin hangi faktörlerle ilişkili olduğu, faktörlerin birbirinden bağımsız olup olmadığı ve belirlenen faktörlerin orijinal yapıyı açıklamakta yeterli olup olmadığı sorularına cevap aranmış olmaktadır (Gizir ve Gizir, 2005).

2.3.4. Ölçek Uyarlama Çalışmalarında Etik İlkeler

Tüm bilimsel çalışmalar için genel etik ilkeler olduğu gibi ölçek uyarlama çalışmalarında da bazı etik ilkeler söz konusudur. Bunlar;

- Uyarlanacak olan ölçek belirlendiğinde, ilk olarak orijinal ölçeği geliştiren, kişi ve/veya kurumlardan mutlaka yazılı izin alınmalıdır ve iznin koşulları (ücret, sonuçlar hakkında bilgilendirme vb.) yerine getirilmelidir.
- Ölçek geliştirme ve uyarlama beceri ve bilgisine sahip olmayanlar asla bu ‘işe’ kalkışmamalı ve bu tarz bir çalışma yapanlar mutlaka bu konuda bir eğitim almalı ya da bu konu hakkında uzmanlaşmış kişilerle birlikte çalışmayı yürütmelidir.
- Uyarlama çalışmasında öncelikle orijinal ölçeğin uyarıcılarına sadık kalınmalı, kültüre uygun değişiklikler yapılacak veya yeni maddeler eklenecekse bunlar gerekçeleri ile açıklanmalıdır. İlk olarak özgün ölçeğin ölçmeye çalıştığı yapıya sadık kalınmalı, hedef kültüre özgü farklılıklar varsa, yapıdaki değişiklikler gerekçeleri ile birlikte sunulmalı ve gerekli ise yapı yeniden kavramsallaştırılmalıdır.
- Uyarlanmış olan ölçeğin yapısı ortaya çıkarıldıktan sonra, seçilmiş maddelerden oluşan ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin kanıtlar yeni bir örneklem üzerinden elde edilmelidir. Geçerlik ve güvenilirlik kanıtları orijinal ölçekteki kanıtlarla mutlaka karşılaştırılarak ele alınmalı ve orijinal ölçekte yer almayan analizler gerekçeleri ile açıklanmalıdır.
- Eğer orijinal ölçeğin normları varsa, hedef gruba yönelik de mutlaka normlar hazırlanmalı, hazırlanan normların orijinal normlar ile farklılığı ve benzerliği görgül

kanıtlar ile irdelenmeli ve hedef grup için normlar geliştirilmeden ölçek kullanılmamalıdır.

- Uyarlama çalışması yapan kişiler, hedef grupta yapmış oldukları uyarıcı değişikliklerini, örnekleme farklılıklarını, yaptıkları analizleri ve yapıya ilişkin bulmuş oldukları farklılık ve benzerlikleri gerekçeleri ile beraber orijinal ölçeği geliştirmiş olan kişi ya da kişilere mutlaka rapor etmelidir.
- Uyarlama çalışması yapan ve uyarlanmış olan ölçeği kullanan kişiler, bütün yayınlarında orijinal ölçek ile ilgili her türlü bilgiyi (hatta istendiğinde güvence altında verilerini bile) vermekle yükümlü olmalıdır (Erkuş ve Selvi, 2019).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, merhametli bakımın değerlendirilmesinde kullanılan Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe formunun hazırlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışmasının gerçekleştirilmesi amacıyla yapılan metodolojik bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara Bilkent Şehir Hastaneleri Nöroloji Ortopedi Kulesi Dahili ve Cerrahi Kliniklerinde yürütülmüştür. Ankara Bilkent Şehir Hastaneleri 2019 yılında kurulmuş toplam 4.190 yatak kapasitesine sahip, Türkiye'nin başkentinde yer alan Türkiye'nin ve Ankara'nın en büyük ikinci hastanesidir. Hastane toplam 9 Kuleden oluşmaktadır. Bu araştırma için uzun süreli yatışların daha fazla yapıldığı Nöroloji Ortopedi Kulesi seçilmiştir. Bu kulede ortalama 500 hasta yatmakta olup 17 tane dahiliye ve cerrahi kliniği bulunmakta, bu kliniklerde toplam 578 yatak kapasitesi bulunmaktadır. Bu kulelerde ayrıca 9 yetişkin yoğun bakım ünitesi de bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırma verileri 1 Aralık 2021- 1 Mayıs 2022 tarihleri arasında (5 ay) toplanmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 1 Aralık 2021- 1 Mayıs 2022 tarihleri arasında Ankara Bilkent Şehir Hastaneleri Nöroloji Ortopedi Kulesi Dahili ve Cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi gören yetişkin hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini 1 Aralık 2021- 1 Mayıs 2022 tarihleri arasında Ankara Bilkent Şehir Hastaneleri Nöroloji Ortopedi Kulesi Dahili ve Cerrahi kliniklerinde en az 3 gündür yatarak tedavi gören, Türkçe konuşan ve anlayan, çalışmaya katılmayı kabul eden yetişkin hastalar oluşturmuştur.

Literatürde metodolojik çalışmalarda ölçüm araçlarının geçerlik ve güvenilirliklerinin test edilebilmesi amacıyla ölçekteki her bir madde için 5-10 kişi alınması önerilmektedir (Alpar, 2010). Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği 28 maddeden oluşmakta olup bu kurala dayalı olarak örneklem hacminin belirlenmesinde ölçüm aracının madde sayısının 10 katı oranında hastanın örnekleme dahil edilmesi planlanmış ve $28 \times 10 = 280$ hastaya ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmada olası vaka kayıpları olabileceği öngörülerek olasılıksız örnekleme yöntemi ile belirlenen toplam 300 hasta örnekleme dahil edilmiştir. Literatürde metodolojik çalışmaların bu türünde pilot uygulama için genellikle hedef kitleden seçilecek bir örnekleme ($n= 30-40$) ölçeğin uygulanması önerilmektedir (ITC, 2018). Bu araştırmada da pilot uygulama için 30 hastaya ulaşılmıştır. Pilot çalışmaya dahil edilen bu 30 hasta ana araştırma örneklemine dahil edilmemiştir.

3.5.Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Ankara Bilkent Şehir Hastaneleri Nöroloji Ortopedi Kulesi Dahili ve Cerrahi Kliniklerinde en az 3 gündür yatan,
- Türkçe konuşup, anlayabilen,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üstü yetişkin hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Yabancı uyruklu olan,
- Yoğun bakımda yatan,
- Yeni doğum yapmış ve lohusalık döneminde olan,
- Bilinen bir psikiyatrik tanısı olan,

- Verilerin toplandığı gün aktif ağrısı olan,
- Verilerin toplandığı gün hemşireler tarafından konfüze veya ajite olduğu bildirilen hastalar araştırma dışında tutulmuştur.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri “Bilgi Formu” (Ek 1) ve orijinal adı “Compassionate Care Assessment Tool (CCAT)” olan “Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği” ile toplanmıştır (Ek 2).

3.6.1. Bilgi Formu (Ek 1)

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda (Burnell ve Agan 2013; Grimani, 2017; Raygani ve diğerleri, 2021) hazırlanan bu form, hastaların sosyo-demografik ve hastalık durumuna ilişkin verileri içeren toplam 14 sorudan (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, bir çocuğa sahip olma, aile tipi, en uzun süre yaşadığı yer, algılanan gelir - gider durumu, şu anki hastalık tanısı, kronik hastalık durumu, hastaneye yatış nedeni, hastanede yatış süresi, daha önce hastaneye yatma deneyimi, hastaneye yatış deneyimi sayısı ve süresi vb.) oluşmaktadır.

3.6.2. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği (MBDÖ) (Compassionate Care Assessment Tool- CAAT) (Ek 2)

Bu araştırmada Burnell ve Agan tarafından 2013 yılında geliştirilen, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan orijinal adı “Compassionate Care Assessment Tool (CAAT)” olan “Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği (MBDÖ)” kullanılmıştır. Bu ölçek merhametli bakım kavramını ölçmek ve uygulanmasını teşvik etmek için merhametli bakımın sağlanmasında var olan faktörleri belirleyen bir ölçektir (Burnell ve Agan, 2013). Ölçek özellikle dahili ve cerrahi servislerde yatan hastaların bakış açısından merhametli

bakım faktörü algısını ve hemşirenin sunduğu merhametli bakımı değerlendirmeye odaklanmaktadır (Raygani ve diğerleri, 2021).

"Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği" 28 maddeden oluşmakta olup, 4'li likert (1=Hiçbiri, 2=Bazen, 3=Çoğu Zaman, 4=Her Zaman) tipinde bir ölçektir. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği hastalardan merhametli bakımı temsil eden unsurları 'hasta' ve 'hemşire' olmak üzere iki perspektiften değerlendirmelerini sağlamaktadır. Buna göre hastalar ölçekteki her bir maddenin kendi bakış açısına göre kişisel olarak merhametli bakımın bir faktörü olarak önemini ve mevcut hastane yatışı sırasında hemşirelerin bu merhametli bakım faktörünü ne kadar belirgin hale getirdiğini ölçmektedir. İlk olarak hastaların kendi bakış açısına göre merhametli bakım için faktörlerin önemini gösteren her bir ifadeye 1 (Önemli değil), 2 (Biraz önemli), 3 (Çok önemli) ve 4 (Son derece önemli) şeklinde bir değer verilmesi istenmektedir. İkinci olarak ise, hastaların kendilerine bakım veren hemşirelerinin mevcut hastane yatışları sırasında kendilerine sundukları merhametli bakımı derecelendirmeleri için her bir maddenin (1= Hiçbiri, 2= Bazen, 3= Çoğu Zaman, 4= Her Zaman) şeklinde derecelendirilmesi istenilmektedir. Ölçeğin 20 maddesi; anlamlı bağlantı (6,7,9,18,19,20,21,23), hasta beklentileri (14,17,26,27,28), bakım nitelikleri (1,2,3,4), ve yetenekli uygulayıcı (13,15,16) olmak üzere dört alt boyuttan oluşmakta olup 8 maddesi herhangi bir alt boyut içerisinde yer almamaktadır. Toplam puan için tüm maddeler toplanmakta, dört alt ölçek toplam puanın ortalaması alınmakta (toplanır ve 4'e bölünür), böylece her bir alt ölçek eşit ağırlık taşımaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 7, en yüksek puan 28'dir. (Burnell ve Agan, 2013). Ölçek Total Cronbach Alpha Katsayısı > .70 olup dört alt boyuttan alınan Cronbach Alpha Katsayıları ise, anlamlı bağlantı 0.867, hasta beklentileri 0.801, bakım nitelikleri 0.774 ve yetenekli uygulayıcı için 0.781 'dir (Burnell ve Agan, 2013). Tablo 1'de orijinal ölçeğin tanımlayıcı özellikleri verilmiştir.

Tablo 1. Merhametli bakım değerlendirme ölçeği'nin madde sayısı ve cronbach alpha güvenirlik katsayıları (MDBÖ) (Compassionate Care Assessment Tool- CCAT).

Ölçek Alt Faktörleri	Madde Sayısı	Cronbach Alpha Katsayısı
Anlamlı Bağlantı	8	0.867
Hasta Beklentileri	5	0.801
Bakım Nitelikleri	4	0.774
Yetenekli Uygulayıcı	3	0.781
Hiçbir alt boyuta girmeyen maddeler	8	-
Toplam	28	> .70

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

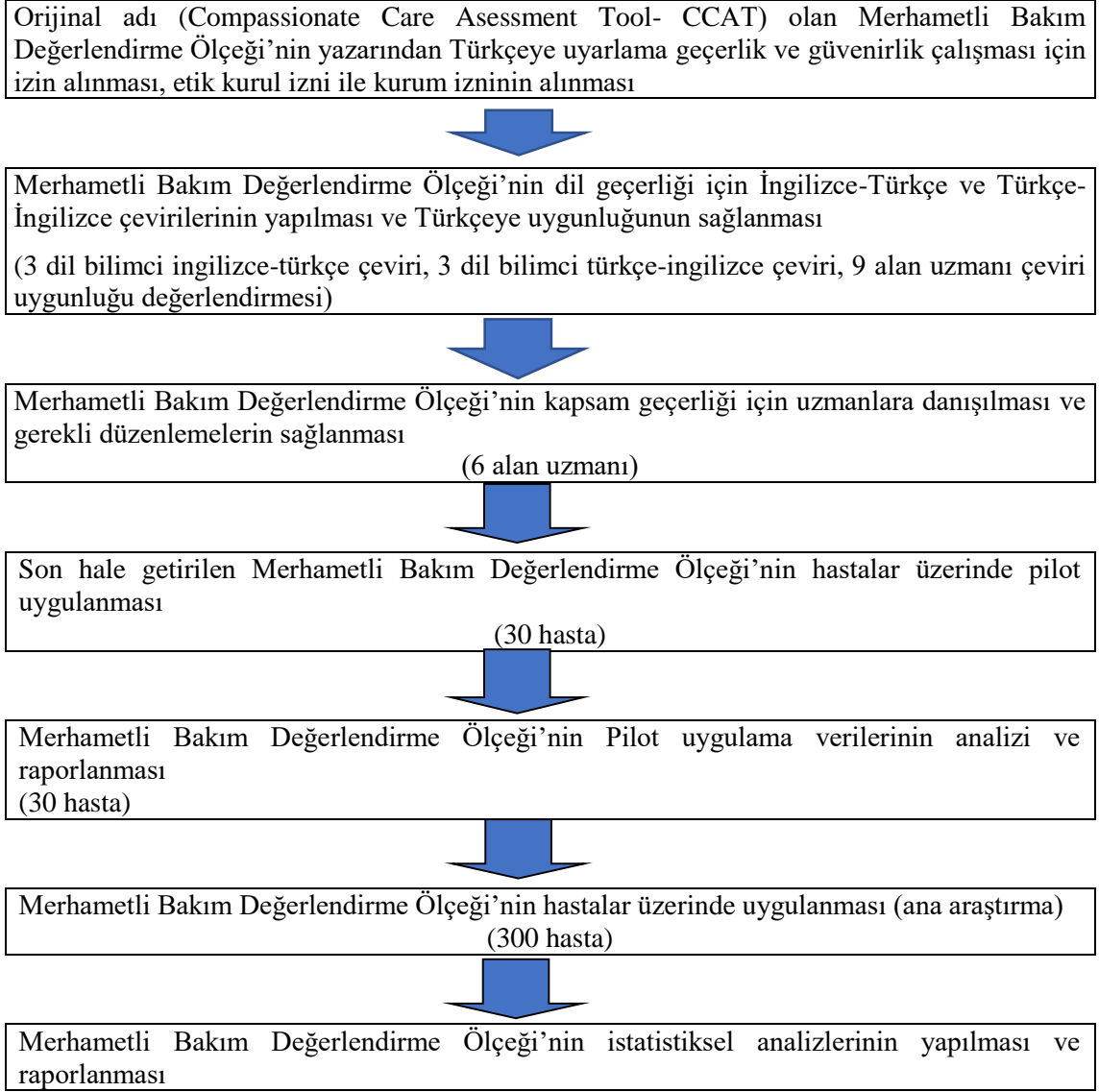
Araştırma planı ve takvimi Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Araştırma planı ve takvimi.

Araştırma Planı/Takvimi:
1 Aralık 2021- 1 şubat 2022 Dil Geçerliliği ve Kapsam Geçerliliği
1 Aralık 2021- 1 şubat 2022 Pilot alışma Veri Toplama
1 şubat 2022- 1 Mayıs 2022 Ana Araştırma Veri Toplama
1 Mayıs 2022- 1 Ağustos 2022 Verilerin Analizi
1 Ağustos 2022-31 Aralık 2022 Verilerin ve Araştırmanın Raporlanması
1 Ocak 2023 -3 şubat 2023 Tezin Jüri Üyelerine Sunumu ve Tez Savunma Sınavı

3.8. Verilerin Toplanması

Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği’nin 300 hastada geçerlik ve güvenirliliğinin test edilmesi amacıyla şekil 1’deki uygulama akış basamakları takip edilmiştir.



Şekil 1. Araştırmanın uygulama çizelgesi.

3.9. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlik Çalışması

Araştırmada Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlik çalışması için dil geçerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerliği analizleri yapılmıştır.

3.9.1. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin Dil Geçerliği

Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin dil geçerliği aşamasında ölçeğin ilk olarak İngilizce'den Türkçeye çevirisi araştırmacılar tarafından gerçekleştirilmiştir. Daha sonra Ölçeğin İngilizce'den Türkçeye çevirisi ana dili Türkçe fakat İngilizceyi iyi bilip ana dili gibi konuşan ve anlayan üç farklı uzman tarafından çevrilmiştir. Çeviri grupları çevirileri birbirinden bağımsız olarak yapmıştır. Türkçe çevirisi yapılan üç farklı çeviri, araştırmacılar tarafından üzerinde uzlaşma sağlanarak tek bir form haline getirilmiştir. Tek bir form haline getirilen ölçeğin son şekli iyi düzeyde İngilizce bilen üç uzman tarafından geriye çeviri işlemi yapılmıştır. Çeviriler araştırmacılar tarafından Türkçe form ile karşılaştırılıp gerekli düzenlemeler yapılarak yeniden düzenlenmiştir.

Dil geçerliği açısından toplam dokuz alan uzmanı öğretim üyesinden görüş alınmıştır (Ek 5). Gelen görüşler doğrultusunda araştırmacılar tarafından ölçeğin Türkçe formunun son düzeltmeleri yapılarak kapsam geçerliği için son hali verilmiştir.

3.9.2. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Kapsam Geçerliği

Bu aşamada dil geçerliği yapılan ölçek Türkiye'deki hemşirelik alanında uzman altı öğretim üyesinden (Ek 5) 28 maddenin değerlendirilmesi için görüş alınmıştır. Uzmanlar; ölçeği değerlendirirken kriter olarak Davis tekniğini kullanmışlardır. Davis Tekniği'nin derecelendirme ölçütü her bir madde için 1: Uygun Değil, 2: Maddenin Uygun Şekle Getirilmesi Gerekir, 3: Uygun, Ancak Küçük Değişiklik Gerekir, 4: Çok Uygun şeklindedir (Esin, 2014). Kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi için uzmanlara gönderilen ölçek Ek 3'de sunulmuştur.

3.10. Pilot Çalışma

Araştırmanın pilot çalışması, ölçek maddelerinin anlaşılabilirliği ve kabul edilebilirliği ile ilgili katılımcıların görüş ve geri bildirimlerini değerlendirmek amacıyla hedef kitleden

seçilen 30 hasta ile yapılmıştır. Çalışma sonrasında ölçek maddelerinde gerekli düzenlemeler yapılarak ölçüm aracına son hali verilmiştir.

3.11. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi

Bu aşamada hedef dile uyarlanan ölçek kullanılarak 300 hastadan veri toplanmıştır. Veri toplama öncesi servis klinik hemşireleri ile iletişime geçilerek araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve durumu stabil olan hastalarla görüşülmüştür. Veri toplama öncesi hastalara araştırmanın amacı ve veri toplama yöntemi ayrıntılı olarak açıklanarak hastalar araştırmaya davet edilmiştir. Araştırmaya katılmayı sözel olarak onam veren hastalardan araştırma veri toplama formları kullanılarak veriler toplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Formların doldurulma süresi yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

3.11.1. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Yapı Geçerliği

Ölçeğin yapı geçerliği için AFA DFA yapılmıştır. Öncelikle ölçüm aracının faktör desenini ortaya koymak amacıyla AFA yapılmıştır. AFA'da gözlenen değişkenler aracılığıyla ölçeğin faktör yapısı belirlenerek her maddenin faktör yükü hesaplanmıştır. AFA için araştırmaya katılan hastaların sayısı 300 olduğundan her bir faktöre düşen değer 0,30'dan fazla olması beklenmekte ve 0,30'un altındaki maddelerin çıkarılması önerilmekle birlikte 0,50 üzerindeki maddeler ise iyi kabul edilmektedir (Büyüköztürk, 2017; Şencan, 2005). AFA uygulamadan önce, örneklem büyüklüğünün faktörleştirmeye uygunluğunu belirlemek için Kaiser- Meyer- Olkin (KMO) ve Barlett Küresellik Testi uygulanmıştır. Verilerin faktör analizine uygunluğu onaylandıktan sonra ölçeğin faktör yapısını incelemek amacıyla Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve Varimax döndürme yöntemleri ile AFA yapılmıştır. Belirlenmiş olan faktörler arasında yeterli düzeyde ilişki olup olmadığı ve hangi değişkenlerin hangi faktörlerle ilişkili olduğunu anlamak amacıyla DFA yapılmıştır. DFA yapılırken Ki kare, RMSEA ve CFI değerleri kullanılmıştır.

3.11.1.1. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Madde Ayırt Ediciliği İndeksi Hesaplaması

Madde ayırt ediciliği indeksi hesaplanırken her bir maddeye ilişkin alt ve üst %27'lik gruplarının ortalamaları ve t değerleri hesaplanmıştır ve $p < 0,05$ olan maddelerin ayırt edici özelliğe sahip olduğu kabul edilmiştir.

3.11.2. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Güvenirlik Çalışması

Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği güvenirlik analizi için iç tutarlık analizi yapılmıştır.

3.11.2.1. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği İç Tutarlılık Analizleri

İç tutarlılık analizleri için Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı Hesaplaması ve İki Yarıya Bölme Yöntemi kullanılmıştır.

Cronbach Alpha Katsayısı: İç tutarlılık analizi için Cronbach Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Güvenirlik analizinde, Cronbach's Alpha katsayısı değeri 0-1 arasında değişmekte olup; 0.00-0.40 arası ölçeğin güvenilir olmadığı, 0.40- 0.60 arası düşük güvenirlikte olduğu, 0.60- 0.80 arası oldukça güvenilir ve 0.80 ile 1.00 arası ise yüksek derecede güvenilir olduğu şeklinde değerlendirilmiştir (Tavşancıl, 2005).

İki Yarıya Bölme Yöntemi: Araştırmada iki yarıya bölme yöntemi uygulanmış, Spearman Brown Katsayısı ile Gutman Split Half Katsayısı hesaplanmıştır.

3.11.2.2. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Madde Toplam Korelasyon

Ölçme araçlarının güvenirlik araştırmalarında korelasyon kullanılmaktadır. Madde toplam korelasyonu, toplam puan ile ölçme aracındaki maddelerden elde edilmiş olan puanlar arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Madde toplam korelasyonunun pozitif yönlü ve

yüksek düzeyde olması ölçekte yer alan maddelerin benzer davranışları örneklediğini ve ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir (Büyüköztürk, 2017). Madde-toplam test korelasyonunun yeterli olabilmesi için ihtiyaç duyulan minimum değer 0,30 olarak belirtilmekte (Alpar, 2010; Öner, 1987), ya da madde korelasyonlarının negatif olmaması ve 0,25'ten büyük olması gerekmektedir (Özdamar, 2004). Başka bir ifade ile ölçekte yer alan maddeler için madde toplam korelasyonlarının 0.30 ve üstünde olmasının yeterli olduğu ve bu değerleri alan maddelerin ise iyi maddeler olduğu belirtilmektedir (Tavşancıl, 2002; Büyüköztürk, 2017). Bu araştırmada da ölçeğin madde toplam korelasyonu incelenmiştir.

3.12. İstatistiksel Değerlendirme

Veriler SPSS (Statistical Package for The Social Sciences) for Windows 25.0 ve AMOS 21 istatistik paket programları kullanılarak analiz edilmiştir. “Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği”nin geçerlik analizlerinde dil geçerliği, kapsam geçerliği yapılmış, yapı geçerliği için önce AFA daha sonra DFA yöntemleri kullanılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik analizlerinde ise ölçeğin iç tutarlılığını ölçmek için Cronbach Alpha katsayısı ve iki yarıya bölme yöntemi kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar da (sayı, yüzde ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya katılan hastaların, beklenen yanıtları verme eğilimlerinden dolayı bu türdeki araştırmaların sahip olduğu sınırlılıklar bu araştırma için de geçerlidir. Araştırmanın sonuçları sadece bu örneklem grubuna genellenebilir. Ülkemizde merhametli hemşirelik bakımını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçme aracının bulunmaması nedeni ile ölçeğin ölçüt geçerliğinin yapılamaması ve araştırmanın sadece tek bir kamu hastanesinde yapılması diğer önemli sınırlılıklardır.

3.14. Araştırmanın Etiği

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılabilmesi için orijinal ölçeği geliştiren Burnell ve Agan'dan e posta ile izin alınmıştır (Ek 4). Araştırmanın yürütülebilmesi için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Protokol no: 2021/278) onay, araştırmanın uygulanabilmesi için Ankara İl Sağlık Müdürlüğü ve Ankara Bilkent Şehir Hastaneleri Başhekimliği'nden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan hastalardan ise aydınlatılmış sözlü onam alınmıştır.

4. BULGULAR

“Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği”nin Türkçe’ye uyarlanması amacı ile gerçekleştirilen araştırmada elde edilen bulgular altı ana başlık altında sunulmuştur. Bunlar:

- Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Dil Geçerliği Bulguları
- Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Kapsam (İçerik) Geçerliği Bulguları
- Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Pilot Uygulama Bulguları
- Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları
- Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Geçerlik Bulguları
- Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Güvenirlik Bulgularıdır.

4.1. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Dil Geçerliği Bulguları

Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği’nin Türk toplumuna uyarlanmasının ilk aşamasında ölçeğin dil eşdeğerliğinin sağlanmasına yönelik çeviri-geri çeviri tekniği kullanılmıştır. Ölçeğin İngilizce’den Türkçeye çevirisi ilk olarak araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Daha sonra ölçeğin İngilizce’den Türkçeye çevirisi ana dili Türkçe olan fakat İngilizceyi iyi bilip ana dili gibi konuşan ve anlayan üç uzman tarafından yapılmıştır. Türkçe çevirisi yapılan ölçek araştırmacılar tarafından değerlendirilerek tek bir form haline getirilmiştir. Ölçeğin son hali iyi derecede İngilizce bilen üç uzman tarafından tekrar İngilizceye (geri çeviri) çevrilmiştir. Elde edilen çeviriler incelenerek araştırmacılar tarafından ölçeğe son şekli verilmiştir. Ölçeğin oluşturulan bu son şekli iyi derecede İngilizce bilen ve alanında uzman 11 öğretim üyesine görüş alınmak üzere gönderilmiş, dokuz uzmandan geri bildirim alınmıştır. Dokuz uzmandan (Ek 5) gelen görüşler doğrultusunda ölçeğin 16, 18 ve 23. maddelerinde ifade değişiklikleri yapılmıştır.

4.2. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Kapsam (İçerik) Geçerliği Bulguları

Dil denkliği sağlandıktan sonra ölçeğin kapsam geçerliğini sağlamak için ilgili alanda uzman altı kişiden oluşan bir uzman grubunun görüşüne başvurulmuştur. Uzman görüşlerinin toplanmasında kriter olarak Davis Tekniği kullanılmıştır (Esin, 2014).

Uzmanlardan gelen görüşler doğrultusunda ölçeğin 2, 16, 18 ve 23. maddelerinde ifade değişiklikleri yapılmıştır. Yapılan değişiklikler ve elde edilen görüşler doğrultusunda ölçeğin tamamı için kapsam geçerlilik oranları hesaplanmıştır. Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) için kriter değeri 0,80 olarak kabul edilmiştir (Alpar, 2010; Şencan, 2005). Sonuçlara göre tüm ölçek maddelerinin kapsam geçerlilik oranı 0,80 üstü olduğundan maddelerin kapsam geçerliliğinin sağlandığı görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 3. Merhametli bakım değerlendirme ölçeğine ilişkin kapsam geçerliği (n=6).

Soru Madde No	Uygun değil	Maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir	Uygun, ancak küçük değişiklik gerekir	Çok uygun	Uygun + Çok uygun	Geçerlilik (%)
M1	0	0	0	6	6	1
M2	1	0	0	5	5	0,83
M3	0	0	0	6	6	1
M4	0	0	0	6	6	1
M5	0	0	0	6	6	1
M6	0	0	0	6	6	1
M7	0	0	0	6	6	1
M8	0	0	0	6	6	1
M9	0	0	0	6	6	1
M10	0	0	0	6	6	1
M11	0	0	0	6	6	1
M12	0	0	0	6	6	1
M13	0	0	0	6	6	1
M14	0	0	0	6	6	1
M15	0	0	0	6	6	1
M16	0	0	1	5	6	1
M17	0	0	0	6	6	1
M18	0	0	1	5	6	1
M19	0	0	0	6	6	1
M20	0	0	0	6	6	1
M21	0	0	0	6	6	1
M22	0	0	0	6	6	1
M23	1	0	0	5	5	0,83
M24	0	0	0	6	6	1
M25	0	0	0	6	6	1
M26	0	0	0	6	6	1
M27	0	0	0	6	6	1
M28	0	0	0	6	6	1
Genel KGO	0,98					

4.3. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Pilot Uygulama Bulguları

Ölçek maddelerinin okunabilirlik, anlaşılabilirlik ve cevaplama süresinin uygunluğunu değerlendirmek amacıyla pilot uygulama yapılmıştır. Literatüre göre pilot uygulama için, hedef kitleden seçilen bir örnekleme (n=30-40 kişi) ölçek uygulanır. Bu uygulamada ölçek maddelerinin anlaşılabilirlik ve kabul edilebilirlik durumu ile ilgili örneklem grubunun görüş ve önerileri alınır. Bu uygulama, ölçeğin basit, anlaşılır ve bağlamsal olarak uygunluğunun değerlendirilmesini sağlar. Ayrıca bu aşama, araştırmacıların çeviride yetkin bir dil ve kültürel olarak zararsız ifadeler kullandıkları konusunda emin olmalarına katkıda bulunur (ITC, 2018). Literatür önerisi doğrultusunda bu araştırmada pilot uygulama 30 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Pilot uygulamaya alınan hastalar ana araştırma örneklemine dahil edilmemiştir.

Tablo 4. Pilot uygulamaya katılan hastalara ait tanıtıcı bilgilerin dağılımı (n=30).

Tanıtıcı Bilgiler	n	%
Yaş (ort.±SS) (min.-maks.) → 56,60±14,70(21-73)		
Cinsiyet		
Kadın	14	46,7
Erkek	16	53,3
Medeni durumu		
Evli	22	73,3
Bekar	8	26,7
Çocuk sahibi		
Evet	26	86,7
Hayır	4	13,3
Çocuk sayısı Ort±SS (min.-maks.) → 2,50±1,27(1-5)		
Eğitim düzeyi		
OYD	1	3,3
İlkokul	19	63,3
Ortaokul	1	3,3
Lise	3	10,0
Lisans	5	16,7
Yüksek lisans	1	3,3
Ekonomik durum		
Gelir>Gider	3	10,0
Gelir=gider	7	23,3
Gelir<gider	29	66,7
En uzun süre yaşadığı yer		
Köy	6	20,0
İlçe	6	20,0
Şehir	18	60,0
Aile tipi		
Yalnız yaşıyor	3	10,0
Çekirdek	26	86,7
Geniş	1	3,3

Tablo 4. Pilot uygulamaya katılan hastalara ait tanıtıcı bilgilerin dağılımı (n=30) (Devamı).

Tanıtıcı Bilgiler	n	%
Meslek		
İşçi	4	13,3
İşsiz	2	6,7
Emekli	8	26,7
Öğrenci	2	6,7
Memur	4	13,3
Ev hanımı	9	30,0
Şöför	1	3,3
Kronik hastalık varlığı	14	46,7
Hastanede yatış süresi Ort±SS (min.-maks.)→12,50±18,58(3-90)		
Geçen yıl hastaneye yatış sayısı Ort±SS (min.-maks.)→2,20±1,64(1-4)		
Hastaneye yatış nedeni		
Medikal	8	26,7
Cerrahi	22	73,3
Son bir yılda hastaneye yatma durumu → Evet	5	16,7

Pilot uygulamaya katılan hastalara ait tanımlayıcı bilgiler Tablo 4.'de sunulmuştur. Buna göre pilot uygulamaya katılan hastaların yaş ortalaması 56,60±14,70 olup hastaların %47,6'sının kadın, %73,3'ünün evli, %86,7'sinin en az bir çocuğa sahip olduğu, %63,3'ünün ilkokul mezunu, %66,7'sinin geliri giderinden az, %60'ının en uzun süre şehirde yaşadığı, %86,7'sinin çekirdek aile tipine sahip olduğu belirlenmiştir. Pilot uygulamaya katılan hastaların %30'unun ev hanımı, %26,7'sinin emekli olduğu saptanmıştır. Pilot uygulamaya katılan hastaların hastanede yatış süreleri incelendiğinde hastaların ortalama yatış süresinin 12,50±18,50 olduğu ve geçen yıl hastaneye yatış sayısı ortalamalarının ise 2,20±1,64 olduğu, %73,3'ünün cerrahi müdahale nedeniyle hastaneye yattığı belirlenmiştir.

Tablo 5. Pilot uygulamada hastaların ölçek maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n=30).

Ölçek Madde No	Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği															
	Merhametli Bakım Faktörü								Merhametli Bakımın Değerlendirilmesi							
	Hiç Önemli Değil		Biraz Önemli		Çok Önemli		Son Derece Önemli		Hiçbir Zaman		Bazen		Çoğu Zaman		Her Zaman	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
M1	2	6,7	0	0,0	11	36,7	17	56,7	5	16,7	9	30,0	7	23,3	9	30,0
M2	0	0,0	3	10,0	6	20,0	21	70,0	0	0,0	6	20,0	9	30,0	16	50,0
M3	1	3,3	2	6,7	12	40,0	15	50,0	2	6,7	4	13,3	8	26,7	16	53,3
M4	1	0,0	0	0,0	8	26,7	21	70,0	2	6,7	6	20,0	9	30,0	13	43,3
M5	2	6,7	2	6,7	7	23,3	19	63,3	6	20,0	8	26,7	8	26,7	8	26,7
M6	4	13,3	2	6,7	14	46,7	10	33,3	11	36,7	12	40,0	1	3,3	6	20,0
M7	0	0,0	2	6,7	9	30,0	19	63,3	2	6,7	3	10,0	7	23,3	18	60,0
M8	1	3,3	2	6,7	11	36,7	16	53,3	2	6,7	3	10,0	6	20,0	19	63,3
M9	2	6,7	4	13,3	7	23,3	17	56,7	13	43,3	2	6,7	5	16,7	10	33,3
M10	0	0,0	1	3,3	5	16,7	24	80,0	4	13,3	3	10,0	11	36,7	12	40,0
M11	0	0,0	1	3,3	6	20,0	23	76,7	4	13,3	0	0,0	3	10,0	23	76,7
M12	1	3,3	3	10,0	5	16,7	21	70,0	0	0,0	0	0,0	2	6,7	28	93,3
M13	1	3,3	1	3,3	10	33,3	18	60,0	0	0,0	4	13,3	9	30,0	17	56,7
M14	0	0,0	0	0,0	0	0,0	30	100	4	13,3	1	3,3	4	13,3	21	70,0
M15	0	0,0	0	0,0	8	26,7	22	73,3	0	0,0	3	10,0	9	30,0	18	60,0
M16	1	3,3	0	0,0	9	30,0	20	66,7	1	3,3	2	6,7	6	20,0	21	70,0
M17	0	0,0	1	3,3	5	16,7	24	80,0	0	0,0	0	0,0	2	6,7	28	93,3
M18	4	13,3	1	3,3	10	33,3	15	50,0	9	30,0	4	13,3	4	13,3	13	43,3
M19	1	3,3	2	6,7	12	40,0	15	50,0	6	20,0	3	10,0	6	20,0	15	50,0
M20	1	3,3	2	6,7	8	26,7	19	63,3	5	16,7	3	10,0	6	20,0	16	53,3
M21	4	13,3	4	13,3	11	36,7	11	36,7	15	50,0	4	13,3	2	6,7	9	30,0
M22	1	3,3	4	13,3	9	30,0	16	53,3	8	26,7	5	16,7	6	20,0	11	36,7
M23	9	30,0	2	6,7	11	36,7	8	26,7	19	63,3	2	6,7	3	10,0	6	20,0
M24	0	0,0	1	3,3	13	43,3	16	53,3	2	6,7	4	13,3	6	20,0	18	60,0
M25	3	10,0	2	6,7	13	43,3	12	40,0	8	26,7	8	26,7	5	16,7	9	30,0
M26	0	0,0	2	6,7	10	33,3	18	60,0	3	10,0	3	10,0	7	23,3	17	56,7
M27	2	6,7	6	20,0	10	33,3	12	40,0	12	40,0	6	20,0	7	23,3	5	16,7
M28	0	0,0	0	0,0	10	33,3	20	66,7	3	10,0	0	0,0	13	43,3	14	46,7

Tablo 5.'de pilot uygulamaya katılan hastaların ölçek maddelerine verdikleri yanıtlar sunulmuş olup hastaların ölçek maddelerinden M6, M18 ve M23'ün merhametli bakımda hiç önemli olmadığını bunun yanısıra M10, M14 ve M17'nin ise son derece önemli olduğunu belirttikleri saptanmıştır. Hastalar M9, M21 ve M23'ün hemşireler tarafından hiçbir zaman yapılmadığını, M11, M12 ve M17'nin her zaman yapıldığını belirttikleri saptanmıştır.

Tablo 6. Pilot uygulamaya ilişkin güvenilirlik analizi bulgularının dağılımı (n=30).

Ölçek Madde No	Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği							
	Merhametli Bakım Faktörü				Merhametli Bakımın Değerlendirilmesi			
	Madde Silinirse Ortalama	Madde Silinirse Varyans	Madde Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silinirse Cronbach Alpha	Madde Silinirse Ortalama	Madde Silinirse Varyans	Madde Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silinirse Cronbach Alpha
M1	88,80	101,06	0,259	0,876	81,83	226,42	0,491	0,908
M2	88,63	97,90	0,571	0,868	81,20	234,58	0,352	0,910
M3	88,87	101,43	0,257	0,875	81,23	233,91	0,311	0,911
M4	88,60	101,28	0,316	0,874	81,40	230,73	0,416	0,909
M5	88,80	98,79	0,358	0,873	81,90	223,89	0,566	0,907
M6	89,23	98,39	0,340	0,874	82,43	220,60	0,664	0,905
M7	88,67	101,26	0,343	0,873	81,13	233,84	0,320	0,911
M8	88,83	96,63	0,578	0,867	81,10	232,09	0,381	0,910
M9	88,93	99,37	0,300	0,875	82,10	224,51	0,430	0,910
M10	88,47	100,74	0,493	0,871	81,47	227,50	0,488	0,908
M11	88,50	100,33	0,516	0,870	81,00	225,03	0,565	0,907
M12	88,70	98,01	0,450	0,871	80,57	240,94	0,351	0,911
M13	88,73	99,65	0,397	0,872	81,07	230,69	0,568	0,908
M14	88,50	101,50	0,472	0,872	81,10	229,06	0,419	0,909
M15	88,63	99,96	0,412	0,872	81,00	232,76	0,507	0,908
M16	88,47	100,67	0,500	0,871	80,93	233,65	0,403	0,909
M17	89,03	97,27	0,376	0,873	80,57	241,56	0,272	0,911
M18	88,87	98,46	0,456	0,870	81,80	215,27	0,693	0,904
M19	88,73	99,79	0,360	0,873	81,50	224,12	0,505	0,908
M20	89,27	92,20	0,640	0,864	81,40	225,08	0,501	0,908
M21	88,90	96,85	0,506	0,869	82,33	216,44	0,647	0,905
M22	89,63	89,34	0,675	0,863	81,83	228,56	0,365	0,911
M23	88,73	98,13	0,663	0,867	82,63	221,41	0,558	0,907
M24	89,10	95,27	0,538	0,868	81,17	225,80	0,592	0,906
M25	88,70	100,84	0,376	0,873	82,00	214,90	0,783	0,902
M26	89,17	98,56	0,348	0,874	81,23	230,12	0,410	0,909
M27	88,57	102,39	0,346	0,873	82,33	221,26	0,621	0,906
M28	88,80	101,06	0,259	0,876	81,23	223,08	0,733	0,904
Ölçek genel Cronbach Alpha=0,875				Cronbach Alpha=0,911				

Ölçeğin hemşirelerin sunduğu merhametli bakımın değerlendirilmesi yönüne ilişkin madde toplam puan korelasyon değerlerinin 0,257 ile 0,675 arasında olduğu belirlenmiştir. Ölçeğe bu yönü ile verilen cevapların tutarlı olduğu ve çalışmaya devam edilebilir olduğu görülmektedir. Ölçeğin bu yönüne ait genel iç tutarlılık katsayısı 0,875 olarak hesaplanmış ve ölçeğin güvenilir olduğu saptanmıştır.

Ölçeğin hastanın merhametli bakım faktörü algısının değerlendirilmesi yönüne ilişkin madde toplam puan korelasyon değerlerinin 0,272 ile 0,783 arasında olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak verilen cevapların tutarlı olduğu ve çalışmaya devam edilebilir olduğu görülmektedir. Ayrıca ölçeğin bu yönüne ait genel iç tutarlılık katsayısı 0,911 olarak hesaplanmış ve güvenilir olduğu saptanmıştır.

4.4. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları

Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek için 300 hastadan veri toplanmış olup araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 7.'de sunulmuştur.

Tablo 7. Araştırmaya katılan hastalara ait tanıtıcı bilgilerin dağılımı (n=300).

Tanıtıcı Bilgiler	n	%
Yaş (ort.±SS) (min.-maks.) → 59,77±18,89 (18-94)		
Cinsiyet		
Kadın	164	54,7
Erkek	136	45,3
Medeni durumu		
Evli	204	68,0
Bekar	96	32,0
Çocuk sahibi		
Evet	264	88,0
Hayır	36	12,0
Çocuk sayısı Ort±SS (min.-maks.) → 2,72±1,29 (1-9)		
Eğitim düzeyi		
Okuma yazma bilmeyen	38	12,7
Okuma yazma bilen	1	0,3
İlkokul	155	51,7
Ortaokul	16	5,3
Lise	52	17,3
Ön lisans	2	0,7
Lisans	34	11,3
Yüksek lisans	2	0,7
Ekonomik durum		
Gelir>Gider	3	1,0
Gelir=gider	13	4,3
Gelir<gider	284	94,7
En uzun süre yaşadığı yer		
Köy	44	14,7
İlçe	135	45,0
Şehir	121	40,3
Aile tipi		
Yalnız yaşıyor	58	19,3
Çekirdek	241	80,3
Geniş	1	0,3
Meslek		
İş veren serbest meslek	12	4,0
İşçi	33	11,0
İşsiz	13	4,3
Emekli	133	44,3
Öğrenci	11	3,7
Memur	20	6,7
Ev hanımı	70	23,3
Çiftçi	5	1,7
Aşçı	3	1,0
Kronik hastalık varlığı		
Evet	160	53,3
Hayır	140	46,7
Hastanede yatış süresi Ort±SS (min.-maks.) → 8,04±11,94(3-120)		
Geçen yıl hastaneye yatış sayısı Ort±SS (min.-maks.) → 1,57±1,65 (1-10)		
Hastaneye yatış nedeni		
Medikal	142	47,3
Cerrahi	158	52,7
Son bir yılda hastaneye yatış varlığı → Evet	5	16,7

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $59,77 \pm 18,89$ olup, hastaların %54,7'sinin kadın, %68,0'nin evli, %88,0'nin en az bir çocuğa sahip olduğu, %51,7'sinin ilkokul mezunu, %94,7'sinin geliri giderinden az olduğunu ifade ettiği, %45,0'nin ilçede yaşadığı, %80,3'ünün çekirdek aile tipine sahip olduğu, %44,3'ünün emekli olduğu saptanmıştır. Hastaların hastanede yatış süresi ortalamalarının $8,04 \pm 11,94$ olduğu, geçen yıl hastaneye yatış sayısı ortalamalarının da $1,57 \pm 1,65$ olduğu saptanmıştır. Hastaların hastaneye yatış nedenleri incelendiğinde ise %52,7'sinin cerrahi bir girişim nedeniyle hastaneye yattıkları belirlenmiştir (Tablo 7).

4.4.1. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Geçerlik Bulguları

Araştırmada, ölçeğin yapı geçerliğini belirlemek amacıyla AFA ve DFA yapılmıştır (Esin, 2014; Büyüköztürk, 2017; Şencan, 2005).

AFA uygulamasından önce, örneklem hacminin faktörleşmeye uygunluğunu belirlemek amacıyla KMO testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda KMO değerinin 0,902 olduğu saptanmıştır. Bu bulgu ile örneklem büyüklüğünün ve maddelerin faktör analizi yapmak için “yeterli” olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca Barlett Küresellik Testi sonuçları incelenmiş, elde edilen ki-kare değerinin manidar olduğu görülmüştür ($\chi^2(153) = 1779,100$ $p < 0,01$). Bu bulgular doğrultusunda, verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiği kabul edilmiştir (Tablo 8).

4.4.1.1. Açıklayıcı Faktör Analizi

Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'ne ilişkin yapılan açıklayıcı faktör analizine ilişkin bulgular (özdeğeri birin üzerinde olanlar faktör olarak kabul edildiğinde) Tablo 8.'de sunulmuştur.

Tablo 8. Merhametli bakım değerlendirme ölçeği açıklayıcı faktör analizi.

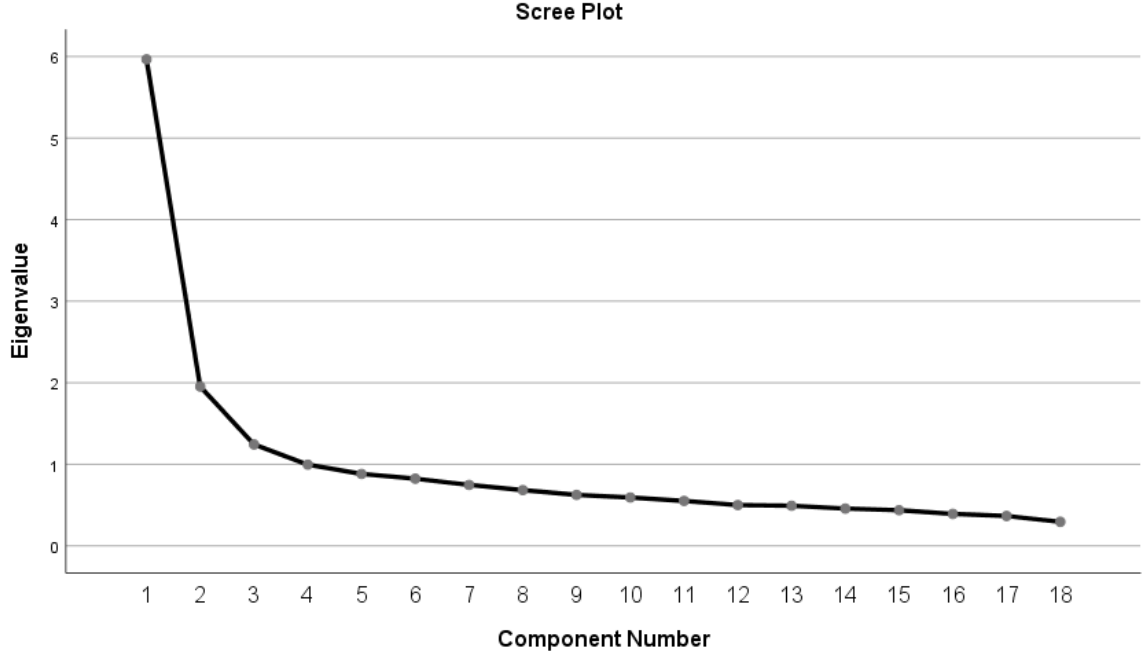
Ölçek Maddeleri	Faktörler				
	1	2	3	4	5
M23	0,778				
M21	0,732				
M6	0,636			0,339	
M27	0,606	0,303			
M25	0,579				0,382
M18	0,515		0,307		0,355
M3		0,694		0,343	
M24	0,480	0,623			
M10		0,539	0,402		0,319
M20	0,439	0,538	0,310		
M14		0,515	0,351		
M7		0,482	0,316	0,304	
M12		0,407			0,343
M17			0,728		
M16		0,412	0,658		
M28			0,531		
M15		0,410	0,501		
M13		0,469	0,483		
M26			0,436		0,336
M19	0,404		0,421		
M1				0,716	
M5				0,648	
M9				0,590	
M4		0,477		0,570	
M8		0,438		0,555	
M2			0,389	0,465	
M11			0,322		0,771
M22					0,617
Özdeğer	8,908	2,175	1,777	1,436	1,132
Açıklanan Varyans Oranı	13,460	13,370	11,398	10,543	7,327
KMO =0,9002 X ² (378) =3422,812; Bartlett Küresellik Testi (p) = 0,000					
Toplam Açıklanan Varyans=55,097					

Tablo 8.'de ölçeğin ilgili analizinde maddelerin oldukça dağınık bir yapıda olduğu görülmektedir. Orijinal ölçekte dört boyutta dağılan 20 maddelik bir yapı söz konusudur. Ölçek yazar tarafından 28 maddelik hali ile uyarlanması sözü ile izin aldığı için açıklayıcı faktör analizinde yeniden boyutlandırma yoluna gidilmiştir. Sonuçlara göre ölçeğin denemeler yapılarak üç boyutlu halde ideal ve boyut ismi verilebilir olduğu görülmüştür.

Tablo 9. Merhametli bakım değerlendirme ölçeği açıklayıcı faktör analizi son hali.

Ölçek Maddeleri	Faktörler		
	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3
M16. Tıbbi araç gereç kullanımında yetenekliydi	0,753		
M10. Tıbbi sorunumu/ sorunlarımı anladı	0,698		
M13. Çalışmalarında yetkindi	0,671		
M17. Tedavileri zamanında yaptı	0,655		
M14. Ağrımı kontrol etmeye yardımcı oldu	0,641		
M26. Beni sık sık kontrol etti	0,515		
M28. Profesyonel bir duruş sergiledi	0,451		
M5. Umut Verdi		0,712	
M1. Beni cesaretlendirdi		0,700	
M9. Benim/ ailemin manevi inanç ve uygulamalarını destekledi		0,657	
M8. Her zaman sakin kaldı		0,568	
M4. Durumumla ilgili empati gösterdi		0,547	
M2. Bana/ aileme değer verdiğini gösterdi		0,547	
M21. Dış dünya ile bağlantı kurmamı sağladı			0,738
M24. İhtiyaçlarımın nasıl karşılanacağını anladı			0,662
M27. Bakım planına beni de dahil etti			0,647
M6. Mizahi bir duyguyla bakım verdi			0,639
M25. Benimle konuşmak için zaman ayırdı			0,595
Özdeğer	5,965	1,95	1,244
Açıklanan Varyans oranı	19,181	16,068	15,646
KMO =0,902 X ² (153) =1779,100; Bartlett Küresellik Testi (p) = 0,000			
Toplam Açıklanan Varyans=50,895			

Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeğine ait açıklayıcı faktör analizi bulguları Tablo 9.'da verilmiştir. Verilerin faktör analizine uygunluğu doğrulandıktan sonra ölçeğin faktör yapısının incelenmesi için Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve Varimax döndürme yöntemleri kullanılarak AFA yapılmıştır. Analiz sonucunda, tüm maddeler için faktör deseni incelendiğinde, orijinal boyutlarına uyum sağlaması için faktör deseni üç boyuta zorlanmıştır. Ölçekte binişiklik gösteren ve teorik boyutlar dışında kalan maddeler (M3, M7, M11, M12, M15, M18, M19, M20, M22, M23) analiz dışı bırakılmış ve 18 maddeli, üç faktörlü ideal bir yapı elde edilmiştir. Dolayısıyla ilgili ölçek üç boyut olarak kabul edilmiş ve faktör deseni kabul edilebilir olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizinde ilk adımdan son adıma kadar binişiklik gösteren ve teorik boyutlar dışında dağılan tüm maddeler analiz dışı bırakılmıştır (M3, M7, M11, M12, M15, M18, M19, M20, M22, M23). AFA'ya göre uyarlanan ölçeğin toplam değişkenliğinin %50,895'ini açıkladığı saptanmıştır. Ayrıca birinci faktörün (Mesleki Yeterlilik) toplam değişkenliğinin %19,181'ini, ikinci faktörün (Manevi Destek) toplam değişkenliğinin %16,068'ini, üçüncü faktörün (İletişim) ise toplam değişkenliğinin %15,646'mı açıkladığı saptanmıştır.



Yatay eksen de bileşen sayısının dikey eksen de ise özdeğerlerin yer aldığı grafikte bir noktadan diğer noktaya dik iniş açıklanan varyans oranına yapılan katkı derecesini gösterir. Grafikte de görüldüğü üzere üçüncü faktörden sonra eklenen her boyutun yetersiz kalacağı görülmektedir. Scree plot grafiğinde 18 maddelik yapının üç faktör altında ideal dağılım gösterdiği anlaşılmaktadır.

4.4.1.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi

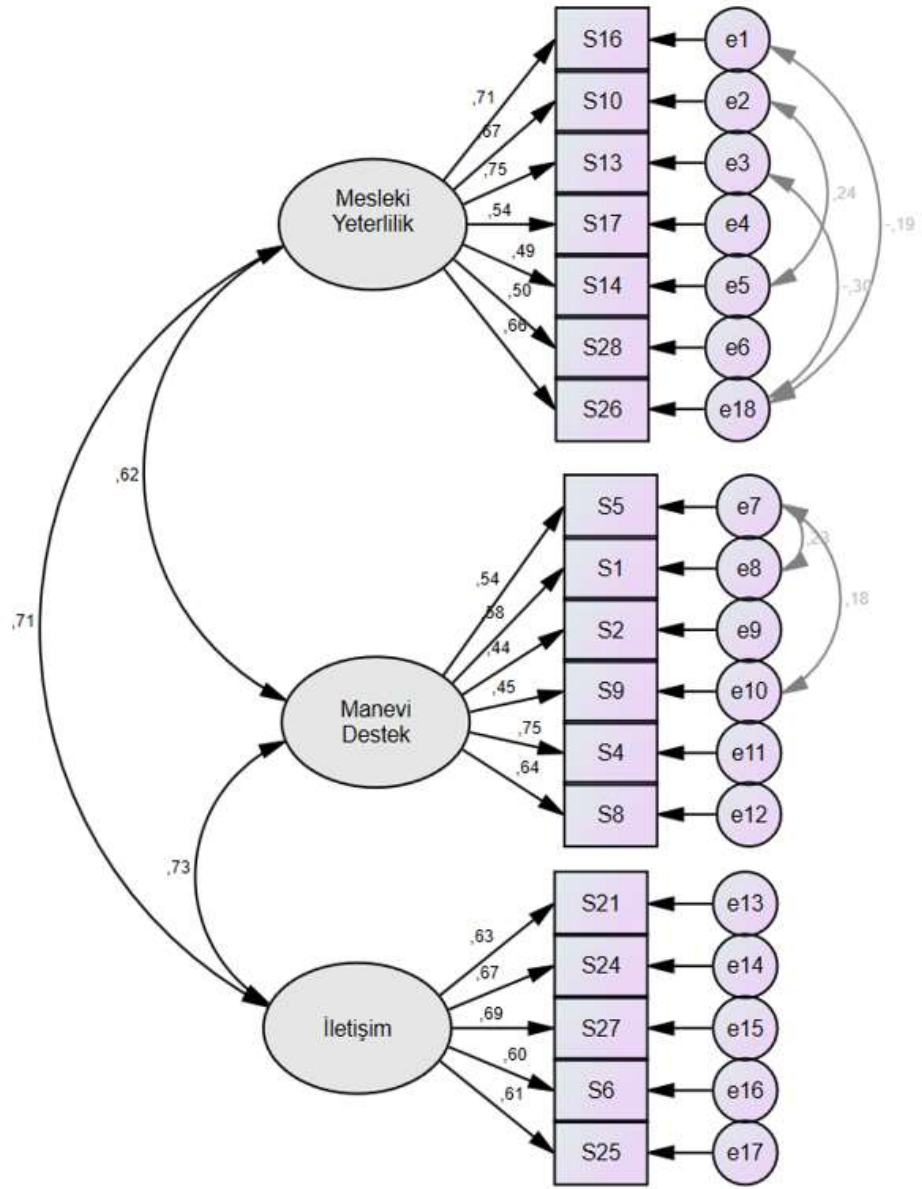
DFA ile ölçeğin geçerlik değerinin ölçeğin serbest veya orijinal bırakıldığındaki değerleri ile benzerliği incelenmektedir. Tablo 10.'da ölçeğin hemşirelerin hastalara vermiş olduğu bakım davranışının doğrulayıcı faktör analizine ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 10. Ölçeğin hemşirelerin sunduğu merhametli bakımın değerlendirilmesi yönüne ilişkin doğrulayıcı faktör analizi bulguları.

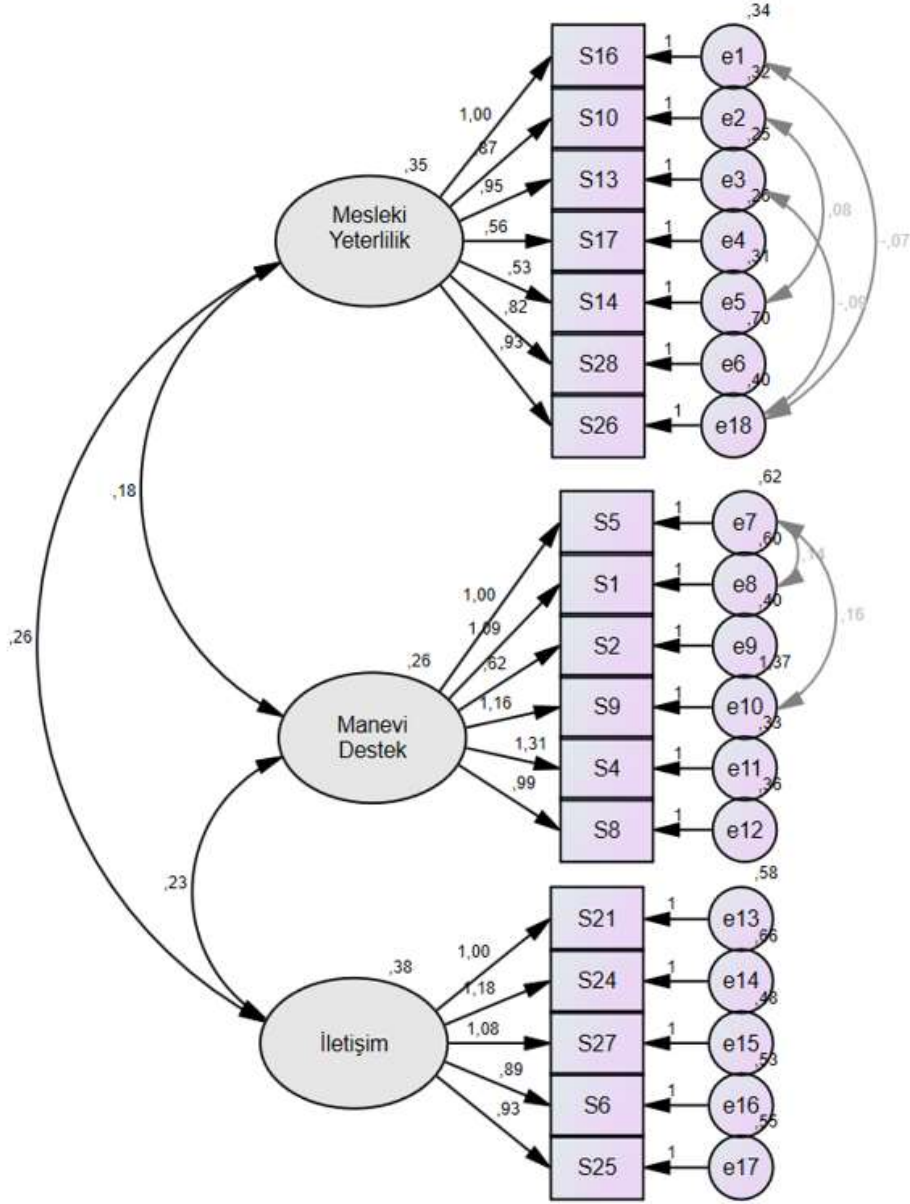
İndeks	Mükemmel Uyum Ölçütü	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütü	Modifikasyon Sonrası
X^2/SD	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 5$	2,441
RMSEA	$0,00 \leq RMSEA \leq 0,05$	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,08$	0,069
SRMR	$0,00 \leq SRMR \leq 0,05$	$0,05 \leq SRMR \leq 0,08$	0,066
CFI	$0,95 \leq CFI$	$0,85 \leq CFI$	0,890
GFI	$0,90 \leq GFI$	$0,85 \leq GFI$	0,901
AGFI	$0,90 \leq AGFI$	$0,85 \leq AGFI$	0,866
IFI	$0,90 \leq IFI \leq 1,00$	$0,80 \leq IFI$	0,892
TLI	$0,90 \leq TLI$	$0,80 \leq TLI$	0,868

Ki kare/ Degrees of Freedom (X^2/SD)
 Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA): Yaklaşık hataların ortalama karekökü
 Comparative Fit Index (CFI): Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
 NNFI (TLI): Normlaştırılmamış Uyum İndeksi
 Goodness of Fit Index (GFI): Uyum İyiliği İndeksi
 Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI): Ayarlanmış Uyum İyiliği İndeksi

DFA'ya göre ölçeğin yapısal denklem model sonucu (Structural Equation Modeling Results) $p=0,000$ düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeği oluşturan 18 madde ve üç faktörlü ölçek yapısıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Modelde iyileştirme yapılmış, iyileştirme yapılırken MI değerleri yüksek olan hatalar arasında kovaryans oluşturulmuştur. Birinci düzey çok faktör analizi sonuçlarına göre ilgili ölçeğin uyum iyiliği indekslerine bakıldığında; RMSEA 0,069 ile kabul edilebilir uyum gösterdiği; χ^2 (Cmin/df) 2,441 ile mükemmel uyum gösterdiği tespit edilmiştir. Sonuç olarak ölçeğin yapı geçerliliğinin sağlandığı belirlenmiştir (Simon ve diğerleri, 2010; Hooper ve diğerleri; 2008).



Şekil 2. Merhametli bakım değerlendirme ölçeğine ilişkin birinci düzey çok faktörlü model doğrulayıcı faktör analizi (standardize edilmiş).



Şekil 3. Merhametli bakım değerlendirme ölçeğine ilişkin birinci düzey çok faktörlü model doğrulayıcı faktör analizi (standardize edilmemiş).

Tablo 11. Doğrulayıcı faktör analizi faktör yükleri (birinci düzey).

Ölçek Maddeleri	Standardize Edilmiş Faktör Yükü	Standardize Edilmemiş Faktör Yükü	S.E.	C.R.	p
M16	0,709	1,000			<0,001
M10	0,672	0,870	0,085	10,238	<0,001
M13	0,748	0,947	0,086	10,969	<0,001
M17	0,542	0,558	0,066	8,462	<0,001
M14	0,489	0,527	0,069	7,629	<0,001
M28	0,502	0,821	0,104	7,876	<0,001
M26	0,656	0,926	0,103	9,020	<0,001
M5	0,541	1,000			<0,001
M1	0,581	1,089	0,132	8,222	<0,001
M2	0,443	0,621	0,105	5,919	<0,001
M9	0,447	1,157	0,176	6,577	<0,001
M4	0,753	1,307	0,161	8,107	<0,001
M8	0,642	0,994	0,132	7,544	<0,001
M21	0,630	1,000			<0,001
M24	0,669	1,183	0,129	9,143	<0,001
M27	0,693	1,082	0,115	9,381	<0,001
M6	0,599	0,886	0,105	8,411	<0,001
M25	0,611	0,925	0,108	8,544	<0,001

t istatistikleri maddelerin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını göstermektedir. Buna göre öncelikle t değerinin tamamının anlamlı olduğu ve tüm maddelerin faktör yük değerinin 0,30 üzerinde olduğu görülmektedir. Faktör yük değerleri 0,30 üzerinde ise maddelerin yapı için uygun olduğu ve yapının doğrulandığı sonucuna ulaşılabilir (Tavşancıl, 2005). Bu araştırmada tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,443-0,753 arasında olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 12. Merhametli bakım değerlendirme ölçeği maddelerine ilişkin madde analizi sonuçları.

	r	t (Alt % 27-Üst %27)	p değeri (Alt % 27-Üst %27)
F1: Mesleki Yeterlilik			
M10	0,614	16,745	0,000*
M13	0,611	15,666	0,000*
M14	0,476	11,199	0,000*
M16	0,621	17,772	0,000*
M17	0,501	10,285	0,000*
M26	0,510	12,415	0,000*
M28	0,431	13,763	0,000*
F2: Manevi Destek			
M1	0,545	16,825	0,000*
M2	0,385	10,077	0,000*
M4	0,557	15,637	0,000*
M5	0,555	16,087	0,000*
M8	0,521	12,588	0,000*
M9	0,449	19,422	0,000*
F3: İletişim			
M6	0,526	11,195	0,000*
M21	0,564	8,519	0,000*
M24	0,552	21,228	0,000*
M25	0,525	11,400	0,000*
M27	0,585	13,231	0,000*

n = 300, ** n1 = n2 =81;

r= Madde Toplam Puan Korelasyonu * p < 0,05 için anlamlı değerler.

Tablo 12.'de tüm maddelerin ayırt edicilik güçlerini gösteren bağımsız grup t-testi sonuçları ile madde toplam korelasyonları sunulmuştur. Literatürde madde- toplam test korelasyonunun yeterli olabilmesi için gerekli minimum değer 0,30 olarak belirtilmekte, madde korelasyonları 0,30'un altında kalan maddelerin analize dahil edilmemesi önerilmektedir (Tavşancıl, 2005). Bu yönüyle ölçek maddeleri incelendiğinde madde toplam korelasyon değeri 0,30'un altında kalan herhangi bir madde bulunmadığı tespit edilmiştir. Ölçek maddelerinin madde-toplam test korelasyon değerleri 0,385 ile 0,621 arasında değişkenlik göstermektedir. Madde-toplam test korelasyonu tablosunda görüldüğü üzere tüm maddelerin birbiri ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ölçekte yer alan maddelerin ayırt ediciliklerinin belirlenmesi için ölçekten elde edilen ham puanlar büyükten küçüğe doğru sıralanmış, alt ve üst %27'de yer alan grupların puan ortalamaları bağımsız grup t-testi ile karşılaştırılmıştır. Bunun sonucunda alt ve üst grup madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak ölçeğin, istenen niteliği ölçmesi yönünden ayırt edici olduğu söylenebilir.

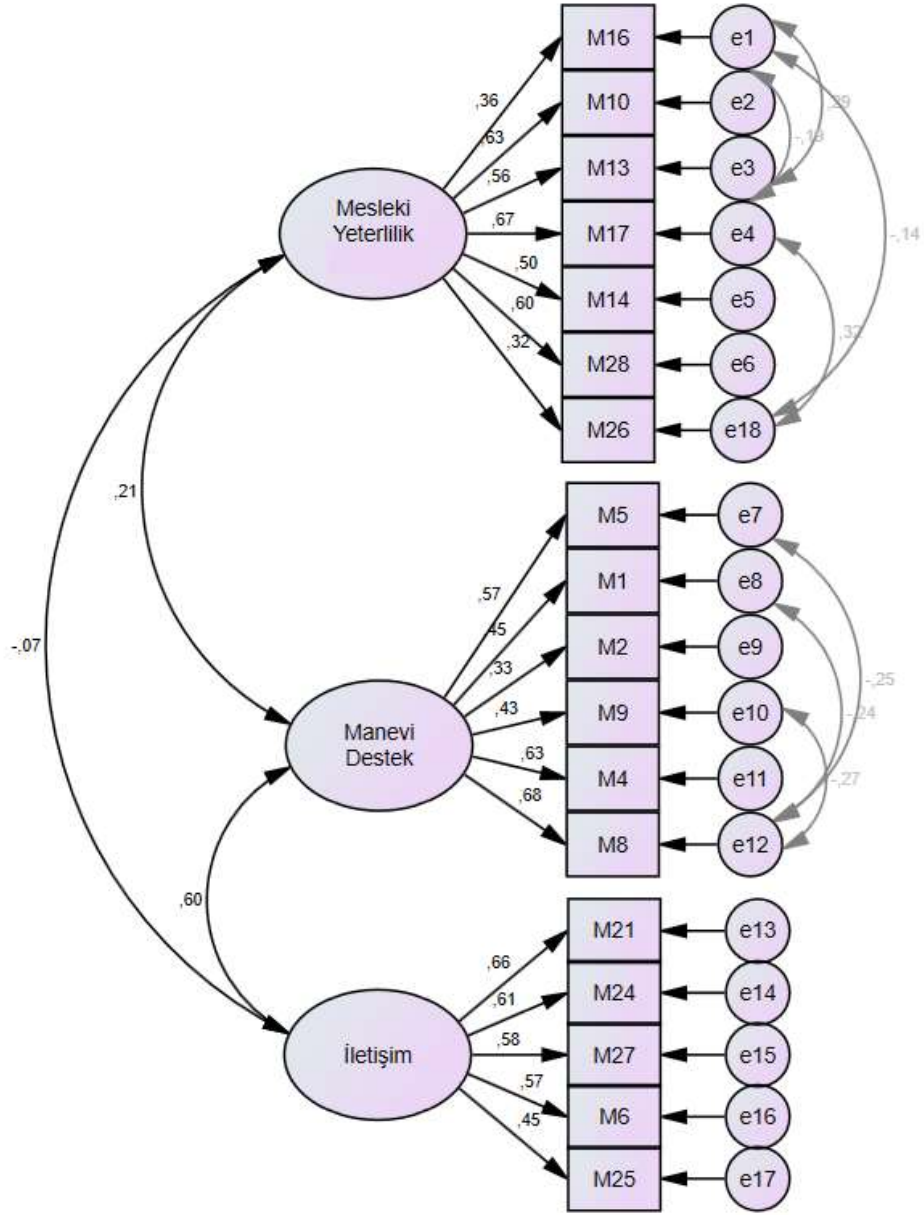
Tablo 13. Ölçeğin hastanın merhametli bakım faktörü algısının değerlendirilmesi yönüne ilişkin doğrulayıcı faktör analizi bulguları.

İndeks	Mükemmel Uyum Ölçütü	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütü	Modifikasyon Sonrası
X^2/SD	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 5$	2,717
RMSEA	$0,00 \leq RMSEA \leq 0,05$	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,08$	0,076
SRMR	$0,00 \leq SRMR \leq 0,05$	$0,05 \leq SRMR \leq 0,08$	0,091
CFI	$0,95 \leq CFI$	$0,85 \leq CFI$	0,804
GFI	$0,90 \leq GFI$	$0,85 \leq GFI$	0,890
AGFI	$0,90 \leq AGFI$	$0,85 \leq AGFI$	0,849
IFI	$0,90 \leq IFI \leq 1,00$	$0,80 \leq IFI$	0,809
TLI	$0,90 \leq TLI$	$0,80 \leq TLI$	0,761

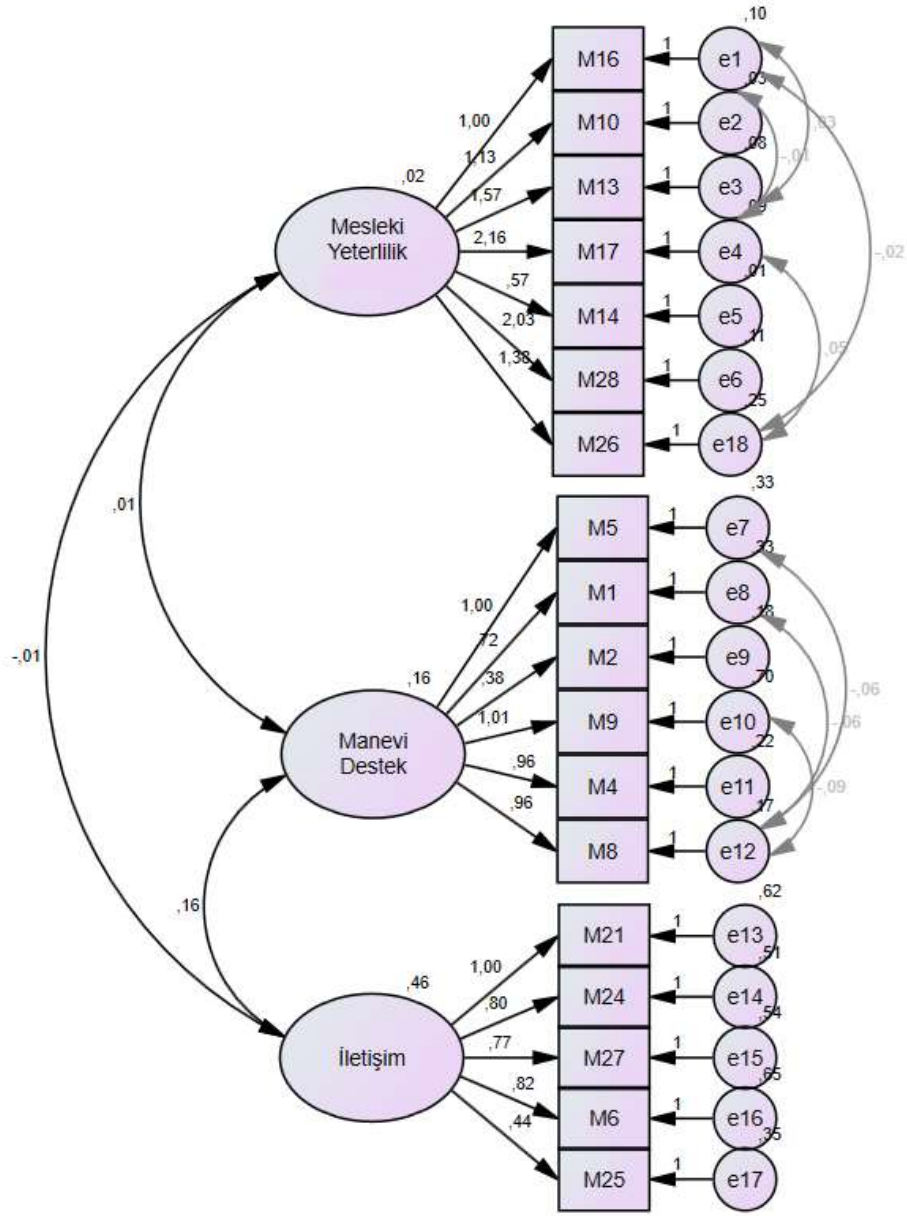
Ki kare/ Degrees of Freedom (X^2/SD)
 Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA): Yaklaşık hataların ortalama karekökü
 Comparative Fit Index (CFI): Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
 NNFI (TLI): Normlaştırılmamış Uyum İndeksi
 Goodness of Fit Index (GFI): Uyum İyiliği İndeksi
 Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI): Ayarlanmış Uyum İyiliği İndeksi

DFA'ya göre ölçeğin yapısal denklem model sonucunun (Structural Equation Modeling Results) $p=0,000$ düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeği oluşturan 18 madde ve üç faktörlü ölçek yapısıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Modelde iyileştirme yapılmış ve bu yapılırken MI değerleri yüksek olan hatalar arasında kovaryans oluşturulmuştur. Birinci düzey çok faktör analizi sonuçlarına göre ilgili ölçeğin uyum iyiliği indekslerine bakıldığında; RMSEA 0,076 ile kabul edilebilir uyum gösterdiği; χ^2 (Cmin/df) 2,717 ile mükemmel uyum gösterdiği tespit edilmiştir.

Sonuç olarak ölçeğin yapı geçerliliğinin sağlandığı tespit edilmiştir (Simon ve diğerleri, 2010; Hooper ve diğerleri, 2008).



Şekil 4. Merhametli bakım değerlendirme ölçeğine ilişkin birinci düzey çok faktörlü model doğrulayıcı faktör analizi (standardize edilmiş).



Şekil 5. Merhametli bakım değerlendirme ölçeği birinci düzey çok faktörlü model doğrulayıcı faktör analizi (standartize edilmemiş).

Tablo 14. Doğrulayıcı faktör analizi faktör yükleri (birinci düzey).

Ölçek Maddeleri	Standardize Edilmiş Faktör Yüğü	Standardize Edilmemiş Faktör Yüğü	S.E.	C.R.	p
M16	0,361	1,000			<0,001
M10	0,626	1,134	0,230	4,937	<0,001
M13	0,560	1,569	0,282	5,569	<0,001
M17	0,669	2,164	0,428	5,055	<0,001
M14	0,505	0,567	0,121	4,667	<0,001
M28	0,605	2,031	0,411	4,942	<0,001
M26	0,324	1,383	0,398	3,471	<0,001
M5	0,567	1,000			<0,001
M1	0,448	0,724	0,133	5,431	<0,001
M2	0,333	0,382	0,083	4,611	<0,001
M9	0,433	1,014	0,191	5,304	<0,001
M4	0,631	0,959	0,140	6,849	<0,001
M8	0,679	0,957	0,144	6,667	<0,001
M21	0,656	1,000			<0,001
M24	0,609	0,805	0,102	7,904	<0,001
M27	0,581	0,768	0,100	7,653	<0,001
M6	0,570	0,822	0,109	7,543	<0,001
M25	0,447	0,437	0,070	6,219	<0,001

t istatistikleri maddelerin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını göstermektedir. Buna göre öncelikle t değerinin tamamının anlamlı olduğu ve tüm maddelerin faktör yük değerinin 0,30 üzerinde olduğu görülmektedir. Faktör yük değerleri 0,30 üzerinde ise maddelerin yapı için uygun olduğu ve yapının doğrulandığı sonucuna ulaşılabilir (Tavşancıl, 2005). Bu araştırmada tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,324-0,669 arasında olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 15. Merhametli bakım değerlendirme ölçeği hastaların merhametli bakım faktörleri algısı yönüne ilişkin maddelerin madde analizi sonuçları.

	r	t (Alt % 27-Üst %27)	p değeri (Alt % 27-Üst %27)
F1: Mesleki Yeterlilik			
M10	0,614	3,411	0,001*
M13	0,611	5,914	0,000*
M14	0,476	2,530	0,012*
M16	0,621	4,284	0,000*
M17	0,501	5,652	0,000*
M26	0,510	11,965	0,000*
M28	0,431	5,501	0,000*
F2: Manevi Destek			
M1	0,346	9,202	0,000*
M2	0,347	4,752	0,000*
M4	0,502	12,082	0,000*
M5	0,445	11,180	0,000*
M8	0,328	8,039	0,000*
M9	0,302	12,374	0,000*
F3: İletişim			
M6	0,449	13,423	0,000*
M21	0,540	16,468	0,000*
M24	0,490	13,605	0,000*
M25	0,367	8,748	0,000*
M27	0,489	14,505	0,000*

n = 300, ** n1 = n2 =81;

r= Madde Toplam Puan Korelasyonu * p < 0,05 için anlamlı değerler.

Tablo 15.'de tüm ölçek maddelerinin ayırt edicilik güçlerini gösteren bağımsız grup t-testi sonuçları ve madde toplam korelasyonu sunulmuştur. Literatürde madde- toplam test korelasyonunun yeterli olabilmesi için gerekli minimum değer 0,30 olarak belirtilmekte, madde korelasyonları 0,30'un altında kalan maddelerin analize dahil edilmemesi önerilmektedir (Tavşancıl, 2005). Bu yönüyle ölçek maddeleri incelendiğinde madde toplam korelasyon değeri 0,30'un altında kalan herhangi bir madde bulunmadığı tespit edilmiştir. Ölçek maddelerinin madde-toplam test korelasyon değerleri 0,302 ile 0,621 arasında değişkenlik göstermektedir. Madde-toplam test korelasyonu tablosunda görüldüğü üzere tüm maddelerin birbiri ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ölçekte yer alan maddelerin ayırt ediciliklerinin belirlenmesi için ölçekten elde edilen ham puanlar büyükten küçüğe doğru sıralanmış, alt ve üst %27'de yer alan grupların puan ortalamaları bağımsız grup t-testi ile karşılaştırılmıştır. Bunun sonucunda alt ve üst grup madde puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak ölçeğin, istenen niteliği ölçmesi yönünden ayırt edici olduğu söylenebilir.

4.4.2. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Güvenirlik Bulguları

Güvenirlik analizinde; iç tutarlılık, Split Half (İki Yarıya Bölme Yöntemi) ve zamana göre değişmezlik analizleri kullanılmıştır.

4.4.2.1. İç Tutarlılık Analizleri

Ölçeğin iç tutarlılığı belirlemek için Cronbach Alpha kat sayısı hesaplamaları yapılmıştır.

Tablo 16. Merhametli bakım değerlendirme ölçeğinin merhametli bakımın değerlendirilmesi yönüne ilişkin güvenilirlik analizi sonuçlarının dağılımı.

Ölçek Maddeleri	Madde Silinirse Ortalama	Madde Silinirse Varyans	Madde Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silinirse Cronbach Alpha
M1	76,05	165,78	0,468	0,912
M2	75,56	169,89	0,417	0,912
M3	76,65	159,71	0,587	0,910
M4	76,20	162,81	0,647	0,909
M5	76,17	165,51	0,486	0,911
M6	77,32	164,75	0,535	0,911
M7	75,70	168,26	0,544	0,911
M8	75,96	166,42	0,548	0,910
M9	76,42	166,16	0,303	0,917
M10	75,92	165,50	0,612	0,910
M11	75,39	170,93	0,325	0,914
M12	75,27	173,96	0,285	0,914
M13	76,01	165,79	0,611	0,910
M14	75,54	170,76	0,419	0,912
M15	75,94	166,15	0,609	0,910
M16	76,00	167,01	0,484	0,911
M17	75,41	171,18	0,413	0,913
M18	76,47	164,42	0,561	0,910
M19	76,14	166,04	0,573	0,910
M20	76,34	164,25	0,586	0,910
M21	77,55	163,75	0,535	0,911
M22	75,89	169,24	0,384	0,913
M23	77,79	166,04	0,544	0,911
M24	76,74	160,50	0,594	0,910
M25	76,82	163,60	0,571	0,910
M26	75,94	166,01	0,530	0,911
M27	77,21	162,61	0,594	0,909
M28	76,23	165,32	0,478	0,912
Ölçek genel Cronbach Alpha=0,914				

Madde toplam puan korelasyon değerlerinin 0,258 ile 0,611 arasında olduğu görülmektedir. Sonuç olarak verilen cevapların tutarlı olduğu ve araştırmaya devam edilebilir olduğu görülmektedir. Ayrıca ölçeğe ait genel iç tutarlılık katsayısı 0,914 olarak hesaplanmış ve güvenilir olduğu görülmüştür.

Tablo 17. Merhametli bakım değerlendirme ölçeğinin merhametli bakımın değerlendirilmesi yönüne ilişkin güvenilirlik analizi.

Ölçek ve alt faktörleri	Cronbach Alfa
Ölçek Genel	0,872
Mesleki Yeterlilik	0,798
Manevi Destek	0,749
İletişim	0,776

Ölçeğin Cronbach's Alpha 0,872 bulunarak oldukça güvenilir bir ölçek olduğu saptanmıştır. Alt faktör güvenilirliklerinin de 0,749-0,798 aralığında olduğu saptanmıştır.

Tablo 18. Merhametli bakım değerlendirme ölçeğinin hastanın merhametli bakım faktörü algısı yönüne ilişkin güvenilirlik analizi.

Ölçek ve alt faktörleri	Cronbach Alfa
Ölçek Genel	0,742
Mesleki Yeterlilik	0,693
Manevi Destek	0,632
İletişim	0,707

Güvenirlik analizi ölçeklerdeki maddelerin kendi aralarında tutarlılık gösterme durumunu ve ifadelerin tümünün aynı konuyu ölçme durumunu test etmek için yapılmaktadır (Ural ve Kılıç, 2006). Güvenirlik analizinde, Cronbach's Alpha (α) katsayısı değeri 0-1 arasında değişmektedir; 0.00-0.40 arası ölçeğin güvenilir olmadığını; 0.40 -0.60 arası düşük güvenilirlikte, 0.60-0.80 arası oldukça güvenilir ve 0.80-1.00 arası ise yüksek derecede güvenilir bir ölçek olarak değerlendirilmektedir (Tavşancıl, 2005). Sonuç olarak, Ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısının 0,742 olduğu ve bu doğrultuda ölçeğin oldukça güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca alt faktör güvenilirliklerinin de 0,632-0,707 aralığında olduğu saptanmıştır.

4.4.2.2. İki Yarıya Bölme Güvenirlik Analizine İlişkin Bulgular

Ölçeğin iç tutarlılığını belirlemek amacıyla iki yarıya bölme güvenirlik analizi sonuçları Tablo 19.'da sunulmuştur.

Tablo 19. Merhametli bakım değerlendirme ölçeği iki yarı güvenirliği.

Merhametli Bakımın Değerlendirilmesi		
Cronbach's Alpha	Birinci bölüm: M1, M4, M6, M9, M13, M16, M21, M25, M27.	0,780
	İkinci Bölüm: M2, M5, M8, M10, M14, M17, M24, M26, M28.	0,766
İki yarı arasındaki korelasyon		0,774
Spearman-Brown katsayısı		0,872
Guttman Split-Half katsayısı		0,866
Merhametli Bakım Faktörü		
Cronbach's Alpha	Birinci bölüm: M1, M5, M9, M13, M17, M21, M25, M27, M2.	0,586
	İkinci Bölüm M4, M6, M8, M10, M14, M16, M24, M26, M28.	0,551
İki yarı arasındaki korelasyon		0,656
Spearman-Brown katsayısı		0,792
Guttman Split-Half katsayısı		0,780

Ölçeğin hemşirelerin sunduğu merhametli bakımın değerlendirmesi yönüne ilişkin sonuçlara göre ölçeğin iki yarısındaki korelasyon 0,774; Spearman Brown Katsayısı 0,872 ve Gutman Split Half Katsayısı 0,866 olarak hesaplanmış ve ölçeğin güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin hastaların merhametli bakım faktörü algısı yönüne ilişkin sonuçlara göre ise ölçeğin iki yarısındaki korelasyon 0,656; Spearman Brown Katsayısı 0,792 ve Gutman Split Half Katsayısı 0,780 olarak hesaplanmış ve ölçeğin güvenilir olduğu tespit edilmiştir (Tablo 19).

4.4.2.3. Zamana Göre Değişmezlik Güvenirlik Analizine İlişkin Bulgular

Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için test tekrar test yöntemi kullanılmıştır.

Tablo 20. Merhametli bakım değerlendirme ölçeği test tekrar test güvenilirlik katsayıları.

			Ortalama	SS	Korelasyon değeri (r)
Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği	Merhametli Bakım Faktörü	MeslekiYeterlilik1	3,69	0,30	0,894*
		MeslekiYeterlilik2	3,69	0,31	
		ManeviDestek1	3,51	0,36	0,758*
		ManeviDestek2	3,47	0,46	
		İletişim1	2,88	0,63	0,842*
		İletişim2	3,13	0,55	
		Toplam1	3,40	0,37	0,863*
		Toplam2_	3,46	0,36	
	Merhametli Bakımın Değerlendirilmesi	MeslekiYeterlilik1	3,45	0,49	0,890*
		MeslekiYeterlilik2	3,41	0,51	
		ManeviDestek1	2,84	0,67	0,898*
		ManeviDestek2	2,91	0,67	
		İletişim1	2,29	0,81	0,933*
		İletişim2	2,45	0,88	
Toplam1		2,93	0,57	0,919*	
Toplam2_		2,98	0,58		

*p=0,000

Test tekrar test ölçeğin kararlı olup olmadığını göstermektedir. İlgili ölçüm araçları için yapılan test tekrar test sonuçlarına göre hem alt boyutlar arasında hem de ölçek genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu dolayısıyla ölçeğin zamana karşı tutarlı olduğu tespit edilmiştir. Sonuçlara göre en düşük korelasyon katsayısı 0,758 olarak; en yüksek korelasyon katsayısı ise 0,933 olarak hesaplanmıştır. Tüm alt boyut ve ölçek geneli ölçümlerde birinci ve ikinci ölçüm arasındaki ilişkiler anlamlı bulunmuştur (p=0,000) (Tablo 20).

5. TARTIŞMA

Merhametli bakımın değerlendirilmesinde kullanılan ‘Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği’nin Türkçe formunun hazırlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışmasının gerçekleştirilmesi amacıyla yapılan bu araştırmada, ilk olarak ölçeğin psikolinguistik özellikleri değerlendirilmiş sonrasında psikometrik analizleri gerçekleştirilmiştir. Burada ölçeğin dil eşdeğerliği, geçerlik ve güvenirlik analizlerine ilişkin bulguları tartışılmıştır.

5.1. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği’nin Dil Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Belli bir grup ve kültürlere yönelik geliştirilen ölçüm araçlarının farklı bir dil ve kültüre çevrilerek kullanılabilmesi için yeni dile ve kültüre uyarlanması gerekmektedir ve bu işlem sık kullanılan bir tekniktir. Yapılan bu uyarlama işlemi sadece bir ‘çeviri’ işlemi değil bir uyarlama sürecidir. Çünkü bir ölçüm aracının başka bir dile çevirisi, ilgili ölçüm aracının yalnızca dilini değil doğasını da değiştirmektedir. Ölçek uyarlama sürecinde ölçeğin orijinal yapısında farklılıklar oluşabildiği için dikkatli bir şekilde çalışmak gerekmektedir. Bu nedenle anlatım ve ifade farklılıklarının azaltılması veya minimuma indirgenmesi, çevrilen dili kullanan hedef kültürdeki kişilere göre standartlaştırılması ve oluşan değişikliklerin minimum olarak uyarlanan hedef kültürün yapısına uygun hale getirilmesi ölçek uyarlama işleminin temelini oluşturmaktadır (Karaçam, 2019; Aksayan ve Gözüm, 2002).

Literatürde, uyarlanacak olan ölçeğin orijinal dilini, uyarlama yapılacak olan dilin kültürünü ve özelliklerini oldukça iyi düzeyde bilen ve birbirinden tam anlamıyla bağımsız olan iki veya daha çok uzmanın çeviri işlemini gerçekleştirmesi gerektiği belirtilmektedir. Bir sonraki işlem olan geri çeviri yönteminin ise ölçeğin orijinal halini bilmeyen bir uzman tarafından yapılması önerilmektedir. Bu yöntem daha fazla zaman gerektiren bir işlem olmasına karşın bir kültürden başka bir kültüre ölçek uyarlama yapılırken dünyada en çok önerilen yöntemlerden biridir (Aksayan ve Gözüm, 2002). Ölçeğin çeviri ve geri çeviri

işlemleri tamamlandıktan sonra, orijinal dildeki ölçek ve elde edilen ölçeğin karşılaştırılması ve alanlarında uzman bir gruba gönderilmesi, uzmanlardan gelen görüşler doğrultusunda araştırmacılar tarafından ölçeğin değerlendirilerek son halinin verilmesi diğer öneriler arasında bulunmaktadır (Beaton ve diğerleri, 2000; Karaçam, 2019; Güngör, 2016).

Bu araştırmada da ölçeğin İngilizce'den Türkçeye çeviri işlemi başlangıçta araştırmacılar tarafından yapılmış daha sonra ölçeğin ana dili olan İngilizce'den Türkçeye çevirisi ana dili Türkçe olup İngilizceyi ana dili gibi konuşan ve anlayan üç farklı uzman tarafından yapılmıştır. Grupta yer alan üyeler çevirileri birbirinden bağımsız olarak gerçekleştirmişlerdir. Türkçe çevirisi gerçekleştirilen üç farklı çeviri, araştırmacılar tarafından incelenmiş, uzlaşma sağlanarak tek bir form şekline getirilmiştir. Tek bir form şekline getirilen ölçek yine iyi düzeyde İngilizce bilen üç uzman tarafından geri çeviri yöntemiyle çevrilmiştir. Elde edilen çeviri araştırmacılar tarafından Türkçe form ile karşılaştırılıp gerekli düzenlemeler yapılarak yeniden düzenlenmiştir. Düzenlenen ölçeğin dil geçerliği açısından değerlendirilmesi toplam dokuz alan uzmanından görüş alınarak gerçekleştirilmiştir. Gelen görüşler doğrultusunda araştırmacılar tarafından ölçeğin Türkçe formunda ölçeğin 16, 18 ve 23. maddelerinde ifade değişiklikleri yapılmıştır.

Kültürlerarası ölçek uyarlama işleminde dil geçerliği için önerilen en güvenilir yaklaşımlardan biri de ölçeğin her iki dile de hakim hedef grup ve kültüre, iki dildeki ölçeğin uygulanması ve ortaya çıkan bulguların birbiriyle kıyaslanmasıdır (Aksayan ve Gözüm, 2002; Carlson, 2000). Bu araştırmada iki dile de iyi derecede hakim hedef gruba ulaşma problemi yaşandığından ve ulaşılan grubun sahip olduğu özelliklerin hedef grubunkinden farklı olma durumu sebebi ile bu karşılaştırma işlemi uygulanamamıştır.

5.2. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Kapsam (İçerik) Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Kapsam geçerliği, bir ölçüm aracının tamamının ve bu ölçekte yer alan maddelerin istenilen yapıyı ölçüp ölçmediği ya da farklı kavramlar barındırma durumunu değerlendirmek için yapılmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2003; Tezbaşaran, 1992). Ölçek uyarlama çalışmalarının birçok amacı bulunmaktadır. Bunlardan biri de ölçek maddelerinden anlamlı bir bütün oluşturmak için uzman görüşü alınmasıdır.

Literatürde seçilen uzmanların alana ve konuya hakim olmaları aynı zamanda ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında yetkin kişiler olmaları önerilmektedir (Yeşilyurt ve Çapraz, 2018). Kapsam geçerliği nesnel yargı ve kesin kabul edilebilir bilgilerden oluşmadığı için alanında görüşü alınan uzmanların yargılarına dayanmaktadır. Bu nedenle uzmanların çoğunun aynı görüş ve önerilerde bulunması bir ölçüt olarak kullanılabilir. Bunun yanı sıra uzmanların ölçekte yer alan maddelerin uygunluğunu değerlendirebilmesi ve puanlayabilmesi için Uzman Görüşü Formu da kullanılmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2003; Tezbaşaran, 1992; Yurdugül, 2005). Literatürde uzman görüşü alınması kapsamında sayı olarak minimum 2-20 arasında uzman önerilmektedir (Tezbaşaran, 1992). Yeşilyurt ve Çapraz (2018) ise 5-40 arasında uzman görüşü önermektedir. Ölçeğin kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi için görüşü alınan uzman sayısı ne kadar çok olursa ölçeğin güvenilirliğinin de o kadar fazla olacağı belirtilmektedir (Yeşilyurt ve Çapraz, 2018).

Bu araştırmada Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin kapsam geçerliğini saptamak amacıyla KGİ değerlerinin hesaplanmasında Davis Tekniği uygulanmıştır. Uzmanlardan gelen görüşlerden “4: Çok Uygun” ve “3: Uygun, Ancak Küçük Değişiklik Gerekir” ifadelerini işaretleyen uzman sayısı, ölçeğe ilişkin görüş ve öneri belirten toplam uzman sayısına bölünerek her bir maddeye ilişkin KGİ değeri elde edilmektedir (Rubio ve diğerleri, 2003; Esin, 2014). KGİ değeri belirlenmesinde 0.80 ölçüt olarak alınmaktadır (Yurdugül, 2005). Rubio ve diğerlerine göre (2003) ise hesaplanan KGİ değerinin >0,80 olması istenmektedir (Rubio ve diğerleri, 2003). Bu araştırmada, Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği maddelerinin kültür ve dil uygunluğunu belirlemek amaçlı hemşirelik alanında çalışan, ölçek geliştirme ya da uyarlama konusunda deneyimli altı uzmandan e-posta ile görüş alınmıştır. Analizler sonucunda ölçek maddeleri KGİ değerlerinin 0,83 ile 1,00 aralığında olduğu bu nedenle ölçekteki tüm maddelerin gerekli olduğu düşünülerek kapsam geçerliği aşamasında ölçekten madde çıkarılması işlemine gidilmemiştir. Sadece uzmanlardan gelen genel görüşler ve geri bildirimler doğrultusunda ölçeğin 2,16, 18 ve 23. maddelerinde ifade değişiklikleri yapılmıştır. Ölçekten herhangi bir madde çıkarımı yapılmamıştır.

5.3. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Pilot Uygulamasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Pilot uygulama, son hali verilen ölçeğin hedef kültürle benzer özellikleri taşıyan küçük bir grup üzerinde denenmesini sağlamaktadır. Ölçekteki maddelerin okunabilirlik durumu, testin toplam cevaplanma süresi, katılımcıların anlamadıkları yerlerin saptanması açısından pilot çalışma yapılması önemli bir durumdur (Crocker ve Algina, 1986). Bu yöntemde yazma dışında sesli bir şekilde düşünme yolu ile de cevaplayıcıların maddelerden ne anladığı bulunabilmektedir. Cevaplayıcılar ölçekte yer alan her bir maddeyi sesli bir şekilde kendileri okuyarak ne anladıkları ve ne düşündükleri hakkında bir çıkarım yaparak ölçeği yanıtlamaktadırlar. Yapılan bu sesli okuma sırasında cevaplayıcıların ölçekte hatalı ya da yanlış anladıkları bir durum varsa araştırmacı tarafından bu durum tespit edilebilmektedir (Yalçın, 2021).

Ölçeğin dil ve kapsam geçerliği sağlandıktan sonra, örneklem grubu ile aynı özelliklere sahip 30 kişilik gruba pilot uygulama yapılarak ifade ve maddelerin anlaşılabilirliği incelenmiş ve geri bildirimler sonucunda ölçekte hiçbir değişiklik yapılmayarak ölçek son hali ile veri toplamaya hazır hale getirilmiştir. Buradan hareketle Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin dil eşdeğerliği ve kapsam geçerliğinin sağlandığı ve ölçeğin ölçülmek istenilen alanı temsil ettiği belirtilebilir.

5.4. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Ölçme aracının ölçülmek istenen değişkeni diğer değişkenler ile karıştırmadan doğru şekilde ölçebilmesine geçerlik denir. Güvenirlik ise, ölçme araçlarının standardize edilmesi için gerekli olup bir ölçeğin aynı koşullar altında birbiri ile tutarlı sonuçlar verebilmesi ve bunun sonucunda elde edilen değerlerin kararlılık durumlarının gösterilmesidir (Esin, 2014). Bir ölçüm aracının geçerli olabilmesinin öncelikli koşulu aynı zamanda güvenilir olmasıdır fakat güvenilir bir ölçek daima geçerli olmayabilir. Dolayısıyla geçerlik güvenlikle beraber değerlendirilmelidir (Gözüm ve Aksayan, 2003; Karasar, 1995; Akgül, 2005; Özgüven, 2000).

5.4.1. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Yapı Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bir ölçme aracının ölçülmek istenilen kavramı ölçme yeteneğine yapı geçerliği denir (Gözüm ve Aksayan, 2003; Özgüven, 2000). Yapı geçerliğini incelemek ve göstermek için birçok yöntem bulunmaktadır ve bunların içinde ilk akla gelen ve en sık kullanılanı Faktör Analizidir (Karakoç ve Dönmez, 2014; Esin, 2014; Gözüm ve Aksayan, 2003; Karasar, 1995).

Faktör analizi ölçekte yer alan maddeler için yapıca daha fazla sayıda yer alan değişkenlerden anlamlı ve daha az sayıda değişkenler sağlamak ve farklı isimlerde toplanma durumunu değerlendirmek için yapılan bir işlemdir. Aslında birbiri arasında yüksek düzeyde ilişki gösteren maddeler faktör oluşturmaktadır. Faktör analizi AFA ve DFA olarak iki şekilde yapılmaktadır (Esin, 2014; Kılıç ve Koyuncu, 2017). Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin faktör yapısını ve yapı geçerliğini değerlendirmek amaçlı AFA yapılmıştır. AFA ile belirlenen faktör yapısının doğrulanma durumunu saptamak amaçlı DFA kullanılmıştır.

5.4.1.1. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin Açıklayıcı Faktör Analizinin (AFA) Değerlendirilmesi

Değişkenlerin birbiri ile ilişkisi ve sayıca fazla olması birtakım değerlendirmelerin yapılmasını zorlaştırmaktadır. Elde edilen veri topluluğunu sadeleştirmek için en sık kullanılan yöntemlerden biri Temel Bileşen Analizidir. Veri setindeki değişimler korunarak minimum sayıdaki değişkenle ifade edilmesi temel aşamadır. Açıklanan varyans ne kadar yüksek olursa ölçülmek istenilen ilgili davranışı ya da faktörü o derece iyi ölçmüş olmaktadır. Ayrıca faktör yükünün 1,00'den küçük bir öz değere sahip olması o maddelerin önemsiz olarak görülmesine ve herhangi bir değerlendirmeye alınmamasına neden olmaktadır (Yazar ve diğerleri, 2009; Şengöz ve Özdemir, 2016). Ölçüm aracında bulunan her bir madde için var olan faktör yapısında bulunup bulunmadığı aralarında bulunan ilişkiyi gösteren faktör yük değerinin yüksek olmasına göre değerlendirilmektedir. Literatürde madde faktör yük değerlerinin 0,45 ve üstü bir değer alması istenmekte fakat 0,30 olan değerler de ölçüm aracında yer alabilmektedir (Büyüköztürk ve diğerleri, 2004).

Bu araştırmada ölçeğin faktör yapısı değerlendirilmeden önce örneklemin faktör analizi için yeterlilik durumunu belirlemek amacıyla KMO ve örneklemin faktör analizi için uygunluğunu belirlemek için de Barlett Testi yapılmıştır. Sonrasında ölçeğin faktör yapısını saptayabilmek için Temel Bileşenler Analizi uygulanmıştır. Araştırmada KMO sonucu 0,902 ve Barlett testi sonucu $\chi^2(153) = 1779,100$ olarak bulunmuş ve her iki test sonucu $p < 0,01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu, örneklem için değişkenlerin birbiri ile ilişki göstermediğini, matriksteki farklılaşmaların rastlantısal olduğunu ve verilerin normal dağılım gösterdiğini, ölçüm sonuçlarının örneklem büyüklüğünden etkilenmediğini yansıtmaktadır. Buradan hareketle örneklemin faktör analizi için uygun ve yeterli olduğu söylenebilir.

Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'ne ilişkin yapılan AFA sonucunda ilgili maddelerin oldukça dağınık bir yapıda olduğu görölmüştür. Orijinal ölçekte dört boyutta dağılan 20 maddelik bir yapı söz konusudur. Ölçek yazar tarafından 28 maddelik hali ile uyarlanması sözü ile izin aldığı için açıklayıcı faktör analizinde yeniden boyutlandırma yoluna gidilmiştir. Sonuçlara göre ölçeğin denemeler yapılarak üç boyutlu halde ideal ve boyut ismi verilebilir olduğu görölmüştür. Ölçekte yer alan verilerin faktör analizine uygunluğu belirlendikten sonra ölçeğin faktör yapısının değerlendirilmesi için Temel Bileşenler Analizi ve Varimax döndürme metotları kullanılarak AFA yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre, ölçekte yer alan tüm maddeler için faktör deseni incelendiğinde, orijinal boyutlarına uyum sağlaması için faktör deseni üç boyuta zorlanmıştır. Ölçekte binişiklik gösteren ve teorik boyutlar dışında kalan maddeler (M3, M7, M11, M12, M15, M18, M19, M20, M22, M23) analiz dışı bırakılmış ve 18 maddeli, üç faktörlü ideal bir yapı elde edilmiştir. Dolayısıyla ilgili ölçek üç boyut olarak kabul edilmiş ve faktör deseni kabul edilebilir olduğu saptanmıştır. Merhametli bakım Değerlendirme Ölçeği Türkçe formundan madde çıkarılması sonrasında kalan maddelerle oluşan faktör yapısıyla, orijinal ölçeğin faktör yapısı karşılaştırıldığında; Faktör 1'deki maddelerin (16,10,13,17,14,28,26. maddeler), ölçeğin orijinal faktör yapısındaki boyutlarla farklı maddeler olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle belirlenen bu faktörün isimlendirilmesinde uzman görüşüne ve bu kavramsal yapıya dikkat edilerek "Mesleki Yeterlilik" olarak isimlendirilmesi doğrultusunda fikir birliği sağlanmıştır. Faktör 2'de yer alan maddeler (5,1,2,9,4,8. maddeler) ölçeğin aslında yer aldıkları alt boyuttan biraz sapma göstermiş ve değişmiştir. Oluşan bu faktörün isimlendirilmesinde uzmanlardan gelen görüşler ve literatür taraması doğrultusunda "Manevi Destek" olarak isimlendirilmesi uygun görölmüştür.

Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Türkçe formunda ortaya çıkan faktör üçte beş maddeden (21, 24, 27, 6, 25. maddeler) oluşan bir yapı tespit edilmiştir. Bu maddelerin kavramsal analizleri ve uzman görüşleri alınması sonucunda bu faktörün “İletişim” olarak isimlendirilmesi uygun bulunmuştur. Buradaki “uzman” ile sözü edilen, hem ölçeğin geliştirildiği alana hakim olan hem de ölçme ve değerlendirme alanında yeterlilik gösteren kişilerdir.

Faktör analizinde ilk adımdan son adıma kadar binişiklik gösteren ve teorik boyutlar dışında dağılan tüm maddeler analiz dışı bırakılmıştır (M3, M7, M11, M12, M15, M18, M19, M20, M22, M23). AFA sonuçlarına göre uyarlanan ölçek toplam değişkenliğin %50,895’ini açıkladığı saptanmıştır. Ayrıca birinci faktörün (Mesleki Yeterlilik) toplam değişkenliğin %19,181’ini, ikinci faktörün (Manevi Destek) toplam değişkenliğin %16,068’ini, üçüncü faktörün (İletişim) ise toplam değişkenliğin %15,646’ını açıkladığı saptanmıştır. Bu maddelerin hepsinin kabul edildiği Cronbach Alpha değeri 0,914’e yükselmiştir. Literatürde ölçüm aracının güvenilirliğinin 0.70-0.80 olması durumunda araştırmalarda kullanılabileceği belirtilmektedir (Özgüven, 1998).

Burnell ve Agan (2013) tarafından geliştirilen Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Amerika Birleşik Devletleri’ndeki bir hastanede yatan toplam 110 hasta ile gerçekleştirdikleri çalışmada ölçeğin dört alt faktörde ve genel Cronbach Alpha’sının $>.70$ ve anlamlı bağlantı alt faktöründe 0.867, hasta beklentileri alt faktöründe 0.801, bakım nitelikleri alt faktöründe 0.774 ve son olarak yetenekli uygulayıcı alt faktöründe ise 0.781 olarak bulunmuştur. Yapılan faktör analizi sonucunda ölçek dört faktör olarak belirlenmiştir.

5.4.1.2. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği’nin Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Değerlendirilmesi

DFA, kuramsal bir temeli analiz etmek için yapılan, birden fazla değişkenden oluşan faktörlerin gerçek verilerle hangi düzey uyum gösterdiğini belirlemek amacıyla bir kültürde hazırlanan bir ölçüm aracını diğer farklı bir kültüre uyarlamak için sıklıkla tercih edilen güçlü bir istatistik metodudur (Büyüköztürk ve diğerleri, 2004; Esin, 2014; Tavşancıl, 2006; Şimşek, 2007).

AFA yapılırken bir beklenti içerisine girilmeden faktör yükleri temel alınarak faktör yapısı değerlendirilirken DFA belirli bir kuram doğrultusunda var olan tahminlerin denenmesi hedeflenmektedir. Modelin yeterli olup olmadığını değerlendirmek amaçlı birden fazla uyum indeksleri bulunmaktadır. Yapı geçerliği için bu indekslerin istenilen seviyede olması büyük önem taşımaktadır (Büyüköztürk ve diğerleri, 2004; Esin, 2014). DFA aslında bulunan verilerin teorik yapı ile uyuşup uyuşmadığını değerlendiren yöntemdir. Uygulanan istatistiksel analizler sonucunda bulunan uyum indeks sonuçları modelin teoriye ne kadar uygun olduğunu göstermektedir. Uyum indeksi sonuçları incelendiğinde ki kare değerinin serbestlik derecesine bölünmesi ile oluşan değerin iki ya da ikinin altında olması istenmektedir. GFI, AGFI, ve CFI değerleri 0 ile 1 aralığında değer almaktadır. Bu indeks bulguları 0,95'in üzerinde bir değer alırsa normal olarak kabul edilmekte, 0,90'ın üzerinde bir değer alıyorsa kabul edilebilir olarak belirtilmektedir. AGFI değeri 0,80 ve 0,89 arasında kabul edilebilir uyum olarak belirtilmektedir (Simon ve diğerleri, 2010). RMSEA 0,05'ten küçük bir değer alırsa normal olarak yorumlanmakta fakat bu değerden daha küçük bir değer alırsa kabul edilebilir uyum olarak belirtilmektedir (Çapık, 2014; Esin, 2014). Bu araştırmada, maddelerin belirlenen alt faktörlerde yeterli temsil edilip edilmeme durumu ve alt faktörlerin ölçüm aracının yapısını açıklamakta ne kadar yeterli olduğunu denemek ve ölçüm aracının yapı geçerliğini incelemek için DFA yapılmıştır (Tavşancıl, 2006; Şimşek, 2007).

Bu araştırmada, modelin uyumu öncelikle, ki kare serbestlik derecesine oranıyla incelenmiştir. Değerin 3'ten küçük olması iyi uyum, 5'ten küçük olması ise kabul edilebilir uyum olarak değerlendirilmektedir. Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI), Artan Uyum İndeksi (IFI), Görelî Uyum İndeksi (RFI), Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI), Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (NNFI) için bulunan değerlerin 0.95'ten büyük olması iyi uyumu, 0.90-0.94 arasındaki değerler ise kabul edilebilir uyum düzeyini göstermektedir. Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA) ve Standart Ortalama Karekök Hatası (SRMR) değerlerinin 0.005'ten küçük olması iyi uyum, 0.06-0.08 aralığında bir değer alması ise kabul edilebilir uyum olarak değerlendirilmektedir (Büyüköztürk, 2002). Bu araştırmada gerçekleştirilen DFA'ya göre ölçeğin yapısal denklem model sonucu ölçeğin merhametli bakımın değerlendirilmesi yönü için $p=0,000$ düzeyinde anlamlı bulunduğu, ölçeği oluşturan 18 madde ve üç faktörlü ölçek yapısıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Modelde iyileştirme yoluna gidilmiştir. İyileştirme sırasında MI değerleri yüksek olan hatalar arasında kovaryans oluşturulmuştur. Birinci düzey çok faktör analizi sonuçları

doğrultusunda ilgili ölçeğin uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde; RMSEA 0,069 ile kabul edilebilir uyum gösterdiği; χ^2 (Cmin/df) 2,441 ile mükemmel uyum gösterdiği tespit edilmiştir. Buradan hareketle ölçeğin yapı geçerliliğinin sağlandığı belirlenmiştir (Simon ve diğerleri, 2010; Hooper ve diğerleri, 2008). Ölçeğin hastanın merhametli bakım faktörü algısı yönü için yapılan DFA göre ölçeğin yapısal denklem model sonucu $p=0,000$ düzeyinde anlamlı bulunduğu, ölçeği oluşturan 18 madde ve üç faktörlü ölçek yapısıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Modelde iyileştirme gerçekleştirilmiştir. İyileştirme sırasında MI değerleri yüksek olan hatalar arasında kovaryans oluşturulmuştur. Birinci düzey çok faktör analizi sonuçları doğrultusunda ilgili ölçeğin uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde; RMSEA 0,076 ile kabul edilebilir uyum gösterdiği; χ^2 (Cmin/df) 2,717 ile mükemmel uyum gösterdiği tespit edilmiştir. Buradan hareketle ölçeğin yapı geçerliliğinin sağlandığı belirlenmiştir (Simon ve diğerleri, 2010; Hooper ve diğerleri, 2008).

Hesaplanan uyum iyiliği değerleri doğrultusunda ölçüm aracının kabul edilebilir olduğu ve Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin 18 maddeli ve üç faktörlü yapısının bir model olarak doğrulandığı söylenebilir. Bu ölçütlere göre, ölçeğin üç faktörlü yapısının dahili ve cerrahi servislerde yatan hastalardan oluşan örneklem grubunda doğrulandığı ifade edilebilir. Bu bulgulara göre ölçüm aracının yapı geçerliliğinin sağlandığı söylenebilir.

5.4.2. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Güvenirlik, ölçüm araçlarının standart bir hale getirilmesi için gerekli olan bir niteliktir. Bir ölçüm aracının aynı durum ve şartlarda birbiri ile tutarlı bir sonuç verebilme durumu o ölçekten elde edilen kararlılığının yansıtılması anlamına gelmektedir. Güvenirlik göstermeyen bir ölçek bilimsel değeri düşük ve kullanışsız olarak ifade edilmektedir. Güvenirlikten bahsedebilmek için hatasız bir ölçüm yapmak gerekmektedir fakat uygulamada bu pek mümkün olmadığı için yapılan hatalar minimum tutulmalı ve tüm hata kaynakları olabildiğince kontrol altına alınmalıdır (Esin, 2014). Ölçek uyarlama çalışmalarında güvenilirlik, farklı biçimlerde incelenebilir. Bunlar; kararlılık için test tekrar test güvenirligi, iç tutarlılık için Cronbach Alpha ve madde arası güvenirliktir (Bannigan ve Watson, 2009).

Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin güvenilirliğini sağlamak amacıyla test tekrar test yöntemi, iki yarıya bölme güvenilirliği, iç tutarlılık analizleri uygulanmıştır ve bu bölümde de bulguları tartışılmıştır.

5.4.2.1. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Test Tekrar Test Yöntemi Güvenirlik Analizinin Değerlendirilmesi

Ölçek uyarlama çalışması yapılırken güvenilirlik basamaklarından birisi de değişmezliğin saptanmasıdır. Ölçeğin aynı örneklem grubuna aynı koşullar altında uygulanması ve bu işlem sonucunda da benzer sonuçlar bulunması gereklidir. Değişmezliği kanıtlamak amaçlı gerçekleştirilen işlemlerden biri de test tekrar test yöntemidir (Karakoç ve Dönmez, 2014). Test tekrar test yöntemi, bir ölçüm aracının yapılan iki uygulama arasında tutarlı olan sonuçlar verebilmesi ve zamana göre değişmezlik gösterme gücünün göstergesidir ve literatürde en sık kullanılan ve önerilen uygulamadır (Gözüm ve Aksayan, 2003; Tavşancıl, 2005; Karasar, 2000). Değişmezliğin incelenmesi amacıyla test tekrar test puan ortalamaları arasındaki uyumluluk durumu değerlendirilmektedir. Yapılan iki ölçüm arasında geçen zamanın on beş günden az bir aydan fazla olmaması ve ölçümün minimum 30 kişi ile gerçekleştirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2003; Tavşancıl, 2005; Karasar, 2000). Karakoç ve Dönmez'e göre ise (2014) değişmezlik aralıklı ve aralıksız yöntem olarak iki biçimde değerlendirilmektedir. Buna göre ölçüm aracı aynı örneklem grubuna aynı koşullar altında belirli aralıklarla (iki hafta, iki ay gibi) iki kez yapılmaktadır. İki ölçüm sonucundan elde edilen korelasyon kat sayısı ölçeğin güvenilirlik katsayısı olarak belirtilmektedir. Güvenirlik katsayısının 1'e yakın bir değer istenmektedir. Başka bir deyişle bir ölçme aracının kararlılığı için hesaplanan korelasyon katsayısı 1'e ne kadar yakın bir değer alırsa güvenilirlik o derece yüksek demektir. Literatürde test tekrar test yönteminde iki puan arasındaki korelasyon katsayısının minimum 0.70 olması gerektiği belirtilmektedir (Karakoç ve Dönmez, 2014; Gözüm ve Aksayan, 2003; Şencan, 2005).

Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin zamana göre değişmezliğini değerlendirmek amaçlı 30 hastaya 3 gün ara ile ölçek uygulanmıştır. Hastanede yatışların tüm dünyayı olduğu gibi küresel anlamda ülkemizi de etkileyen Covid 19 pandemisi nedeni ile kısa süreli tutulması ve erken taburculuk planlanması değişmezliğin değerlendirilmesinde bir kısıtlılık oluşturmuştur. Bu sebeple aradan geçen 3 gün sonrasında

ölçek ikinci kez aynı gruba uygulanmıştır. Bu durum hastalarda ölçekle ilgili hatırlama faktörünü ortaya çıkarabilmektedir. Test tekrar test korelasyonları ölçüm aracının tamamı için yüksek hesaplanmıştır ($p= 0,000$). Test tekrar test korelasyon katsayıları ölçüm aracının hastaların merhametli bakım faktörü yönüne ilişkin alt faktörlerinde mesleki yeterlilik, manevi destek ve iletişim boyutları sırasıyla 0,894, 0,758, 0,863 olarak, merhametli bakımın değerlendirilmesi yönü için ise 0,890, 0,898, 0,933 ve 0,919 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin test tekrar test arasındaki en düşük korelasyon katsayısının 0,758 olarak; en yüksek korelasyon katsayısının ise 0,933 olarak bulunması, ölçeğin yapılan test tekrar test sonuçlarına göre hem alt boyutlar arasında hem de ölçek genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu bu nedenle ölçeğin zamana karşı tutarlı olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak tüm alt boyut ve ölçek geneli ölçümlerde birinci ve ikinci ölçüm arasındaki ilişkiler anlamlı bulunmuştur.

5.4.2.2. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin İki Yarıya Bölme Güvenirlik Analizi Sonuçlarının Değerlendirilmesi

İki yarıya bölme güvenirlilik metodu, bir ölçekte yer alan maddelerin tek-çift, ilk yarı-son yarı ya da yansız bir şekilde iki eş yarıya bölünerek ölçüm aracındaki her iki yarı arasında yer alan ilişkiden hareketle Spearman-Brown formülü kullanılarak, testin tamamı için bulunan korelasyon katsayısı ile açıklanmaktadır ve iki yarıya bölme metodu güvenirliliği, bulunan test puanları arasında yer alan tutarlılığı göstermektedir (Aksayan ve Gözüm, 2002).

Araştırmada yarı test güvenirlilik analizinde 28 maddelik Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin merhametli bakımın değerlendirilmesi yönü için iki yarı arasındaki korelasyon 0,774'tür. İlk yarının (dokuz madde) Cronbach Alpha katsayısı, 0,780, ikinci yarının (dokuz madde) Cronbach Alpha katsayısı 0,766, Spearman-Brown katsayısı 0,872 ve Guttman Split-Half katsayısı ise 0,866 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin merhametli bakım faktörü yönü içinse iki yarı arası korelasyon 0,656'dır. Birinci yarının (dokuz madde) Cronbach Alpha katsayısı, 0,586, ikinci yarının (dokuz madde) Cronbach Alpha katsayısı 0,551, Spearman-Brown katsayısı ise 0,792 ve Guttman Split-Half katsayısı ise 0,780 olarak hesaplanmıştır. Bu bulgular ölçeğin iç tutarlılığının kabul edilebilir düzeyde olduğunu yansıtan veriler olarak saptanmıştır.

5.4.2.3. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin Cronbach Alpha Katsayısı Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Cronbach Alpha, ölçeğin tüm yönleri ile ölçülmek istenen özelliği ölçme yeteneğini ve kavramı homojen bir şekilde ölçebildiğini ispat eden bir metottur. Uygulanan ölçüm aracının tüm alt boyutları ile birlikte aynı özelliği ölçmesi istenmektedir (Karakoç ve Dönmez, 2014; Esin, 2014).

Likert tipteki bir ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek için, sıklıkla kullanılan yöntem Cronbach Alpha yöntemidir. Ölçekte bulunan her madde ve alt boyutun homojenliğini sorgulamak amaçlı kullanılmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı ne kadar yüksekse, ölçekteki maddeler o oranda tutarlı ve ölçmek istenilen nitelik açısından da bir o kadar homojen maddelerden oluştuğu düşünülmektedir. Literatürde Cronbach Alpha katsayısının değerlendirilmesinde bulunan değer 0 ile 0,40 arasında ise güvenli değil, 0,40 ile 0,60 arasında ise düşük güvenilirlikte, 0,60 ile 0,80 arasında ise oldukça güvenilir ve 0,80 ile 1,00 arasında ise yüksek güvenilirlikte olarak belirtilmektedir (Bayram, 2004; Esin, 2014; Yıldız ve Uzunsakal, 2018). Buradan hareketle Alpha katsayısı ne kadar yüksek bulunursa, iç tutarlılık da o kadar yüksek denilebilir. Fakat, Cronbach Alpha katsayısı sadece güvenilirliğin daha yüksek olacağını gösterir, güvenilirlik katsayısını vermez (Gözüm ve Aksayan, 2003).

Yapılan istatistiksel analizlerde ölçeğin hemşire tarafından sunulan merhametli bakımı değerlendirme yönünde mesleki yeterlilik alt faktöründe 0,798, manevi destek alt faktöründe 0,749, iletişim alt faktöründe 0,776 ve genel Cronbach Alphası 0,872 olarak bulunmuştur. Ölçeğin hastanın merhametli bakım faktörü algısı yönünde ise mesleki yeterlilik alt boyutunda 0,693, manevi destek alt boyutunda 0,632, iletişim alt boyutunda 0,707 ve genel Cronbach Alphası 0,742 olarak bulunmuştur. Ölçek genel Cronbach Alpha ise 0,914 olarak hesaplanmış ve ölçeğin oldukça güvenilir olduğu görülmüştür. Sonuçlar incelendiğinde, ölçeğin hasta tarafındaki mesleki yeterlilik ve manevi destek alt boyutlarında Cronbach Alpha katsayısı kabul edilebilir sınırlarda 0,70'in altında bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların eğitim seviyesinin ve kültürel olarak merhametli bakım algılarındaki farklılıkların bu sonucu etkilediği düşünülmektedir. Bu sonuçlardan hareketle genel anlamda ölçeğin Cronbach Alpha sonuçları kabul edilebilir sınırlarda ve güvenilir olarak belirlenmiştir. Ölçek kendi içerisinde tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluşmaktadır. Başka bir ifade ile ölçüm aracının

homojenlik düzeyi yeterlidir. Bu değerler ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Burnell ve Agan (2013) tarafından geliştirilen Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Amerika Birleşik Devletleri'ndeki bir hastanede yatan toplam 110 hasta üzerinde yaptıkları araştırmada ölçeğin dört alt boyutta ve genel Cronbach Alpha'sının $>.70$ ve anlamlı bağlantı alt boyutunda 0.867, hasta beklentileri alt boyutunda 0.801, bakım nitelikleri alt boyutunda 0.774 ve son olarak yetenekli uygulayıcı alt boyutunda ise 0.781 olarak bulunmuştur. Yapılan faktör analizi sonucunda ölçek dört faktör olarak belirlenmiştir. Ölçeğin farklı dillere de uyarılma çalışmaları yapılmıştır. Örneğin Raygani ve diğerleri (2021) orijinal adı Compassionate Care Assessment Tool (CCAT) olan Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'ni madde sayısında değişiklik yaparak (toplam 20 madde) dahili ve cerrahi servislerde yatan hasta bireylere yönelik İran popülasyonundaki merhametli bakımın sağlanmasını değerlendirmek için kullanmışlardır. Yaptıkları istatistiksel analizler sonucunda ölçek genel Cronbach Alpha'sı 0.918' e kadar yükselmiştir. Alt boyutlar için bulunan Cronbach Alpha değeri ise, anlamlı bağlantı alt boyutu için Cronbach Alpha değerini 0.799, hasta beklentileri için 0.745, bakım nitelikleri için 0.745 ve son olarak yetenekli uygulayıcı alt boyutu için ise 0.657 olarak bulmuşlardır. Yetenekli uygulayıcı alt boyutu için ana çalışmadan farklı olarak 0.7'nin altında bir iç tutarlılığa sahip olmasının nedeni bu alt boyutun az sayıda maddeden (üç madde) oluşması olabilir. Araştırmacıların buldukları sonuçlar Burnell ve Agan'ın (2013) yapmış oldukları ana araştırma sonuçlarıyla benzer sonuçlar göstermektedir. Bulunan araştırma sonuçları bu araştırma ile faktörler açısından benzerlik göstermemektedir. Grimani ve diğerleri (2017) tarafından Yunanistan başkenti Atina'da bulunan bir devlet hastanesinde yatmakta olan dahili ve cerrahi 123 hastanın sağlık profesyonellerinin mevcut hastanede yatışları sırasında merhametli bakım unsurlarını ne derecede belirgin hale getirdiğini derecelendirmek amaçlı Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'ni (CCAT) kullanmışlardır. Bu araştırmacılar Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nde değişiklik yaparak beşli Likert tipi (1=kesinlikle katılmıyorum, 5= kesinlikle katılıyorum) şeklinde 20 madde olarak kullanmışlardır.

Yaptıkları analizlere göre özgün ölçekte olduğu gibi dört faktörlü bir yapının Cronbach Alpha'sının 0.82 ile 0.89 arasında olduğu belirlenmiştir. Buna göre ölçek genel Cronbach Alpha'sı 0.94 ve anlamlı bağlantı alt faktörü için 0.82, hasta beklentileri alt faktörü için 0.88, bakım nitelikleri için 0.89 ve son olarak yetenekli uygulayıcı alt faktörü için ise 0.87 ile çok yüksek bulunmuştur. Bu araştırma sonuçları Raygani ve diğerleri (2021)

bulmuş oldukları iç tutarlılık katsayıları ve Burnell ve Agan (2013) tarafından yapılan orijinal makaledeki sonuçlar ile tutarlı ve benzer sonuçlar göstermektedir. Ayrıca bu araştırmada bulunan Cronbach Alpha katsayıları ile de benzer sonuçlara sahiptir. Bu araştırmanın bir sınırlılığı da araştırmaya katılan bireylerin basit bir şekilde ‘Kesinlikle katılıyorum’ dan basitçe ‘Kesinlikle katılmıyorum’a doğru değişmesi varyansı azalttığı gerçeğidir. Grimani ve diğerleri (2021) yaptıkları bu araştırmada kullanılan altılı Likert tipi ölçek hem Burnell ve Agan (2013) tarafından yazılan orijinal makalede ve Raygani ve diğerleri (2021) tarafından bulunan sonuç hem de bu araştırmada kullanılan 4’lü Likert tipi ölçek kullanımı ile farklılık göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Merhametli bakımın değerlendirilmesinde kullanılan ‘Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği’nin Türkçe formunun hazırlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışmasının gerçekleştirilmesi amacıyla yapılan bu araştırma Ankara ilinde bulunan bir kamu hastanesinin dahili ve cerrahi servislerinde yatmakta olan 300 hastanın katılımı ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırma sonucunda;

- Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği Türkçe formunun ayırt edebilme oranının yüksek, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır.
- AFA ve DFA sonuçlarının ölçüm aracınının 18 madde ve 3 faktör yapısını doğruladığı saptanmış olup bu faktörler “Mesleki Yeterlilik”, “Manevi Destek” ve “İletişim” olarak adlandırılmıştır.
- Yapılan istatistiksel analizlerde ölçeğin Cronbach Alpha’sı hemşire tarafında mesleki yeterlilik alt faktöründe 0,798, manevi destek alt faktöründe 0,749, iletişim alt faktöründe 0,776 ve genel Cronbach Alphası 0,872 olarak saptanmıştır. Hasta tarafında ise mesleki yeterlilik alt boyutunda 0,693, manevi destek alt boyutunda 0,632, iletişim alt boyutunda 0,707 ve genel Cronbach Alphası 0,742 olarak saptanmıştır. Ölçek genel Cronbach Alpha katsayısı ise 0,914 olarak bulunmuş ve ölçeğin oldukça güvenilir olduğu görülmüştür.
- Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği’nin hastaların bakış açısına göre merhametli bakım faktörü algısını ve merhametli bakımın değerlendirilmesini ölçmeye yönelik geçerli ve güvenilir ölçümler yapabileceği söylenebilir.

Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği’nin Türkçe’ye uyarlama amacıyla yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışması sonucunda;

- Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği hastaların bakış açısından merhametli bakım faktörü algısını ve merhametli bakımın değerlendirilmesini ortaya koyma açısından literatüre katkı sağlayabilir ve ilgili araştırma kapsamında hedef dil ve kültüre uyarlaması yapılan ölçeğin alanda önemli boşluğu dolduracağı düşünülebilir.

Bu bağlamda, merhametli bakıma ilişkin çalışmalar yapan araştırmacılar tarafından Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği kullanılabilir.

- Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin özellikle duygusal değişimlerin sık yaşandığı (onkoloji gibi) birimlerde uygulanması,
- Hastane, klinik ve tıp merkezlerindeki yönetici hemşireler tarafından bakım ve uygulamada aktif bir şekilde görev alan hemşirelerin merhametli bakıma yönelik bilgi ve farkındalığı arttırmak amaçlı hizmet içi eğitimler düzenlemesi ve eğitimlerin etkinliğini değerlendirmesi,
- Hemşirelik bölümü lisans ve lisansüstü eğitimleri kapsamında merhametli bakıma yönelik dersler planlanması ve öğrencilerin merhametli bakıma yönelik uygulamalara teşvik edilmesi,
- Ölçeğin farklı bir dil ve kültürden hedef dile uyarlandığı düşünüldüğünde, farklı örneklem gruplarında kullanacak araştırmacılar için elde ettikleri verilere dayalı olarak ölçeğe ilişkin yeni geçerlik ve güvenilirlik bulguları ortaya koymaları,
- Merhametli bakımla ilgili niteliksel çalışmaların yapılması,
- Araştırmanın genellenebilirliğini arttırmak amacıyla daha geniş ve farklı hasta gruplarını içeren örneklem gruplarında çalışılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Akdeniz, S. ve Deniz M.E. (2016). Merhamet Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *The Journal off Happiness & Well-Being*, 4(1), 50-61.
- Akduman, C.G. ve Cantürk, G. (2010). Cinsel İstismara Uğrayan Çocuklara Karşı Tutum Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Adli Tıp Dergisi*, 24(2): 22- 29.
- Akgül, A. (2005). *Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri 'SPSS uygulamaları'*. 2. Baskı. Ankara: Emek Ofset Limited Şirketi. ss: 440-454.
- Akman, Ö., Arkan, B., Öztürk, C., Papadopoulos, I. (2021). Türkiye'deki Hemşirelerde Merhametin Araştırılması: Uluslararası Araştırma Sonuçları. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 47(2):247-253. doi: 10.32708/uutfd.917157.
- Aksayan, S. ve Gözüm, S. (2002). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber I: Ölçek Uyarlama Aşamaları ve Dil Uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4(1): 9-14.
- Alpar, R. (2010). *Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Altıok, H., Şengün, F., Üstün, B. (2011). Bakım: Kavram Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(3): 137-140.
- Amerikan Nurses Association [ANA]. (2014). *Amerikan Nurses Association*. <https://americannursesassociation> adresinden erişildi.
- Amerikan Nurses Association [ANA]. (2014). *Know The Code*. nursingworld.org adresinden erişildi.
- Amerikan Nurses Association. [ANA]. (2010). *Nursing Scopeand Standarts of Practice*. <https://americannursesassociation> adresinden erişildi.
- Avşaroğlu, S. (2019). Merhamet Eğitimi Programının Üniversite Öğrencilerinin Merhametli Olma Düzeylerine Etkisi. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(3): 2484-2500.
- Ayhan, Y. (2013). *Kanıtla dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinin türkçeye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

- Babaei, S., Taleghani, F., Kayvanara, M. (2016). Compassionate Behaviours of Clinical Nurses in Iran: An Ethnographic Study. *International Nursing Review*, 63(3):388-94. doi: 10.1111/inr.12296
- Baile, L. (2017). An Exploration of The 6Cs As A Set of Values for Nursing Practice. *British Journal of Nursing*. 26(10):558-563. doi: 10.12968/bjon.2017.26.10.558.
- Bannigan, K. ve Watson, R. (2009). Reliability and Validity in A Nutshell. *Journal of Clinical Nursing*, 18: 3237-3.
- Bayram, N. (2004). *Sosyal bilimlerde SPSS ile veri analizi*. Bursa: Ezgi Kitabevi.
- Beaton, D.E., Bombardier, C., Guillemin, F., Ferraz, M.B. (2000). Guidelines for The Process of Cross- Cultural Adaptation of Self- Report Measures. *SPINE*, 25(2): 3186-91.
- Bivins, R., Tierney, S., Seers, K. (2017). Compassionate Care: Not Easy, Not Free, Not Only Nurses. *British Medical Journal*, 26(12): bmjgs-2017-007005.
- Blomberg, K., Griffiths, P., Wengström, Y., May, C., Bridges, J. (2016). Interventions for Compassionate Nursing Care: A Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*, 137-155.
- Bray, L., O'brien, M.R., Kirton, J., Zubairu, K., Christiansen, A. (2014). The Role of Professional Education in Developing Compassionate Practitioners: A Mixed Methods Study Exploring The Perceptions of Health Professionals and Pre-registration Students. *Nurse Education Today*, 34 (39):480-6. doi: 10.1016/j.netd.2013.06.017
- Brown, S.J. (2012). *Evidence- based nursing. The research- practice connection*. Sudbury: Jones & Barlett Learning.
- Brown, T.A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford Press.
- Burnell, L. (2009). Compassionate Care A Concept Analysis. *Home Health Care Management & Practice*, 21: 319-24.
- Burnell, L. (2011). *Compassionate care: The patient perspective*. Unpublished Doctoral Thesis, Faculty of The Hahn School of Nursing and Health Science University of San Diego.

- Burnell, L. ve Agan, D. (2013). Compassionate Care: Can It be Defined and Measured? The Development of The Compassionate Care Assessment Tool. *International Journal of Caring Sciences*, 6:180-7.
- Büyüköztürk, Ş. (2002). Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*, 32:470-83.
- Büyüköztürk, Ş. (2010). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. 12. Baskı, Ankara: Pegem Akademi Yayınevi. ss: 1-182.
- Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık. ss: 1-182.
- Büyüköztürk, Ş. (2017). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. Pegem Atıf İndeksi, ss: 1-213.
- Büyüköztürk, Ş., Akgün, Ö.E., Özkahveci, Ö., Demirel, F. (2004). Güdülenme ve Öğrenme Stratejileri Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 4: 207-239.
- Cameron, F. (2002). *Nietzsche and The 'Problem' of Morality*. New York: Peter Lang Publishing. pp: 62.
- Carlson, E.D. (2000). A Case Study in Translation Methodology Using The Health Promotion Lifestyle Profile. *Public Health Nursing*, 17(1): 61-70.
- Cerit, B., Bilgin, N.Ç., Çoşkun, S., Yorgun, S. (2019). Hemşirelik Öğrencilerinin ve Hemşirelerin Bakıma İlişkin Tutum ve Davranışları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4): 727-733. doi: <https://doi.org/10.31067/0.2019.222>.
- Cheney, C. (2020). *Expert: Compassionate Care Is Not a Matter of Time*. *Healthleaders*. <https://www.healthleadersmedia.com> adresinden erişildi.
- Chochinov, H.M. (2007). Dignity and The Essence of Medicine: The A, B, C, and D of Dignity Conserving Care. *British Medical Journal*, 335:184-7.
- Cohen, R. J. (1960). A Coefficient of Agreement for Nominal Scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20: 37-46.
- Comte-Sponville, A. (2004). *Büyük erdemler risalesi*. (Çev: I. Ergüden). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları. pp: 147-148.

- Crawford, P., Brown, B., Kvangarsnes, M., Gilbert, P. (2014). The Design of Compassionate Care. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23-24):3589-99. doi: 10.1111/jocn.12632.
- Crocker, L., ve Algina, J. (1986). *Introduction to classical and modern test theory*. New York: Holt.
- Çakır, A. (2014). *Faktör analizi*. T.C. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İşletme Doktora Programı, İstanbul.
- Çakmur, H. (2012). Araştırmalarda Ölçme- Güvenilirlik- Geçerlilik. *TAF Preventive Medicine Buletin*, 11(3): 339- 344.
- Çapık, C. (2014). Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmalarında Doğrulamalı Faktör Analizinin Kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17: 196-205.
- 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.
- Çınar, F. ve Aslan, F.E. (2018). Ameliyathane Hemşirelerinin Merhamet Düzeylerinin Ölçülmesi. Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Kocaeli Medical Journal*, 222-229.
- Çingöl, N., Çelebi, E., Zengin, S., & Karakaş, M. (2018). Bir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Merhamet Düzeylerinin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 21(1).
- Dalgacı, B. ve Gürses, İ. (2018). Merhametin Sağlık Hizmetlerindeki Yeri ve Önemi. *Sinop Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1).
- Davis, L.L. (1992). Instrument Review: Getting The Most from A Panel of Experts. *International Archives of Medical Research*, 5: 194-197.
- Davison, N. ve Williams, K. (2009). Compassion in Nursing. 2: Factors That Influence Compassionate Care in Clinical Practice. *Nursing Times*, 105(37):18-9.
- Demirali, Y.E. (1995). Ölçeklerde Geçerlik ve Güvenirlik. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 7: 125-148.
- Deniz, Z. (2007). Psikolojik Ölçme Aracı Uyarlama. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 40(1): 1-16.

- Dewar, B. (2011). *Caring about caring, an appreciative inquiry about compassionate relationship centred care*. Unpublished PhD Thesis, Edinburg Napier University, Edinburgh.
- Dewar, B. ve Cook, F. (2014). Developing Compassion Through a Relationship Centered Appreciative Leadership Programme. *Nurse Education Today*, 34(9):1258-64. doi: 10.1016/j.nedt.2013.12.012.
- Dewar, B., Adamson, E., Smith, S., Surfleet, J., King, L. (2014). Clarifying Misconceptions about Compassionate Care. *Journal of Advanced Nursing*, 70(8): 1738-47.
- Dikmen, Y., Aydın, Y., Tabakoğlu, P. (2016). Compassion Fatigue: A Study of Critical Nurses in Turkey. *Journal of Human Sciences*, 13(2): 2879- 2884.
- Dinç, L. (2010). Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*,74-82.
- Diyanet İşleri Başkanlığı [DİB]. (2015). *Kur'an Yolu Meali*. webdosya.diyaret.gov.tr adresinden erişildi.
- Ercan, İ. ve Kan, İ. (2004). Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3): 211-216.
- Erefe, İ. (2004). *Veri toplama araçlarının niteliği*. Erefe İ (Ed.), İstanbul: Odak Ofset, ss: 169-188.
- Erefe, İ. (2012). *Veri toplama araçlarının niteliği*. Erefe İ (Ed.), Ankara: Odak Ofset. ss: 169-187.
- Erkuş, A. (2003). *Psikometri üzerine yazılar: ölçme ve psikometrinin tarihsel kökenleri, güvenilirlik, geçerlik, madde analizi, tutumlar, bileşenleri ve ölçülmesi*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları. ss: 34-148.
- Erkuş, A. (2007). Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Çalışmalarında Karşılaşılan Sorunlar. *Türk Psikoloji Bülteni*, 13(40): 17.
- Erkuş, A. ve Selvi, İ. (2019). *Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme 2*. Ankara: Pegem Akademi.
- Erkuş, A., Sünbül, Ö., Sünbül, S.Ö., Yormaz, S., Aşiret, S. (2020). *Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme-II*. 2. Baskı.

- Esin, M. (2014). *Veri toplama yöntem ve araçları & veri toplama araçlarının güvenilirlik ve geçerliği*. İstanbul: Nobel. ss: 193-232.
- Fallek, R. (2019). CE: Original Research. Helping Health Care Providers and Staff Process Grief Through a Hospital- Based Program. *American Journal of Nursing*, 119(7): 24-33.
- Figley, C. (2002). Compassion Fatigue Within: Psychotherapists' Chronic Lack of Self Care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1443-1441.
- Figley, C. (2011). *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/ Routledge.
- Fry, S.T. (2000). *Hemşirelik uygulamalarında etik*. İstanbul: Aktif Yayınevi.
- Gilbert, P. (2014). The Origins and Nature of Compassion Focused Therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6-41.
- Gizir, S. ve Gizir, C.A. (2005). Akademik Ortamda İletişim Analizi Envanteri. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 112-125.
- Gladkova, A. (2010). Sympathy, Compassion, and Empathy in English and Russian: A Linguistic and Cultural Analysis. *Culture & Psychology*, 16(2): 267-285. doi: 10.1177/1354067X10361396.
- Goetz, J., Keltner, D., Simon Thomas., E. (2010). Compassion: An Evolutionary Analysis and Empirical Review. *Psychological Bulletin*, 136(3):351-374. doi: 10.1037/a0018807.
- Gök, A. (2015). Merhamet Etmenin Dayanılmaz Ağırlığı: Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20: 299-13.
- Gör, F. (2013). *İlköğretim din kültürü ve ahlak bilgisi öğretim programında merhamet değeri*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Gözüm, S. ve Aksayan, S. (2003). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(1): 3-14.

- Grimani, K. (2017). Measuring Compassionate Care: Reliability and Validity of The Greek Version of A Compassionate Care Assessment Tool. *Journal of Correctional Health Care*, 23(3): 353-364.
- Güngör, D. (2016). Psikolojide Ölçme Araçlarının Geliştirilmesi ve Uyarlanması Kılavuzu. *Türk Psikoloji Yazıları*, 19: 104-112.
- Harrison, P. (2009). Delivering Compassionate Care. *Gastrointestinal Nursing*, 7:46-7.
- Hooper, D., Coughlan, J., Mullen, M.R. (2008). Structurel Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *The Electronic Journal of Business Research Methods*, 6: 53-60.
- Hovardaoğlu, S. (2000). *Davranış bilimleri için araştırma teknikleri*. Ankara: VE-GA Yayınları. ss: 87-125.
- Hökelekli, H. (2013). *Ailede, okulda, toplumda değerler psikolojisi ve eğitimi*. İstanbul: Timaş Yayınları.
- International Council of Nursing [ICN]. (2020). *Hemşireler Dünya Sağlıkında Öncü Bir Ses. Uluslararası Hemşire Günü Kaynaklar ve Kanıtlar. International Council of Nursing*. <https://2020.icnvoicetolead.com> adresinden erişildi.
- International Test Commission [ITC]. (2018). *Guidelines for Translating and Adapting Tests. International Journal of Testing*, 18(2): 101-134. <http://dx.doi.org/10.1080/15305058>.
- James, L. R., Demaree, R. G., Wolf, G. (1993). Rwg: An assessment of within-group interrater agreement. *Journal of Applied Psychology*, 78: 306-309.
- Jazaieri, H. (2018). Compassionate Education from Preschool to Graduate School: Bringing A Culture of Compassion into The Classroom. *Journal of Research in Innovative Teaching & Learning*, 11(1): 22-66. doi: 10.1108/JRIT-08-2017-0017.
- Jones, J., Vinç, S., Strube, P., Mitchell, M., Henderson, A. (2016). Delivering Compassionate Care in Intensive Care Units: Nurses' Perceptions of Enablers and Barriers. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12): 3137-3146.
- Karaçam, Z. (2019). Ölçme Araçlarının Türkçe'ye Uyarlanması. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1): 28-37.

- Karakoç, F.Y. ve Dönmez, L. (2014). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13: 39-49.
- Karasar, N. (1995). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara: Sim Matbaası. ss: 147- 158.
- Karasar, N. (2000). *Bilimsel araştırma yöntemi: kavramlar, ilkeler, teknikler*. 10. Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Karasar, N. (2009). *Bilimsel araştırma yöntemi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım. ss: 147-153.
- Kelsen, H. (2013). 'Adalet Nedir?' *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, 107: 431-54.
- Kılıç, A.F. ve Koyuncu, İ. (2017). Ölçek Uyarlama Çalışmalarının Yapı Geçerliği Açısından İncelenmesi. *Küreselleşen Dünyada Eğitim*. Özcan Demirel (Ed.). ss: 415-438.
- Kirby, J. N. (2017). Compassion Interventions: The Programmes, The Evidence, and Implications for Research and Practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 432-455.
- Kret, D.D. (2011). The Qualities of A Compassionate Nurse According to The Perceptions of Medical- Surgical Patients. *Medsurg Nursing: Official Journal of The Academy of Medical- Surgical Nurses*, 20(1): 29-36.
- Lawshe, C. H. (1975). "A quantitative approach to content validity." *Personnel Psychology*, 28: 563–575.
- Lee, Y. ve Seomun, G. (2016). Development of Validation of an Instrument to Measure Nurses' Compassion Competence. *National Library of Medicine*, 30: 76-82.
- Lindell, M. K., Brandt, C. J., & Whitney, D. J. (1999). A revised index of interrater agreement for multi-item ratings of a single target. *Applied Psychological Measurement*, 23: 127–135.
- Lown, B.A., Rosen, J., Marttila, J. (2011). An Agenda for Improving Compassionate Care: A Survey Shows about Half of Patients Say Such Care is Missing. *Heal Aff*, 30(9): 1772-8. doi: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0539>.
- Lynn, J. (2019). *What Are The Benefits of Compassion in Nursing? Career Trends*. www.careertrend.com adresinden erişildi.
- Merriam-Webster (2020). *Merhamet*. *Merriam-Webster 2020*. www.merriam-webster.com adresinden erişildi.

- Nas, E. (2020). Bir Metafor Araştırması: Yetişkinlerin Merhamet Kavramına İlişkin Algıları. *Euroasia Journal of Social Sciences & Humanities*, 7:63-77.
- Nas, E. (2022). Merhamet Konusunda Yapılmış Araştırmaların İncelenmesi. *Academic Platform Journal of Education and Change*, 5(1). doi: 10.55150/apjec.824753.
- Nas, E. ve Sak, R. (2020). Merhamet ve Merhamet Odaklı Terapi. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(1), 64-84.
- Neff KD, Pommier E. (2013). The Relationship Between Self-Compassion and Other-Focused Concern Among College Undergraduates, Community Adults, and Practicing Meditators. *Self and Identity*, 12(2): 160-176.
- Nişanyan Sözlük (2002). *Merhamet*. *Nişanyan Sözlük*. <https://www.nisanyansozluk.com> adresinden erişildi.
- Ortega, A.M., Fernandez, M.D., Rega, M.I., Troya, J.C., Amo, R.O., Masero, O.I. (2018). Competence and Compassion: Key Elements of Professional Care at the End of Life From Caregiver's Perspective. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 36(6):104990911881666.
- Öner, N. (1987). Kültürlerarası Ölçek Uyarlamasında Bir Yöntembilim Modeli. *Psikoloji Dergisi*, 6(21): 80-3.
- Öngen, K.B. (2010). *Doğrulamalı faktör analizi ile bir uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- Özdamar, K. (2004). *Paket programlar ile istatistiksel veri analizi*. Eskişehir: Kaan Kitabevi.
- Özgüven, E. (1998). *Psikolojik testler*. PDREM Yayınları. ss: 83-107.
- Özgüven, İ.E. (2000). *Psikolojik testler*. 4. Baskı, Ankara: PDREM Yayınları. ss: 83-109.
- Özsoy, S. ve Dönmez, R. (2017). Hemşirelik Mesleğinin Etik Kodları: Geçmişten Günümüze Hemşirelik Andı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(91): 91-102.
- Papadopoulos, I. ve Ali, S. (2016). Measuring Compassion in Nurses and Other Healthcare Professionals: An Integrative Review. *Nurse Education in Practice*, 16:133-9.

- Papadopoulos, I., Taylor, G., Ali, S., Aagard, M., Akman, O., Alpers, L.M., ... Zorba, A. (2017). Exploring Nurses' Meaning and Experiences of Compassion: An International Online Survey Involving 15 Countries. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(3):286-295.
- Pearson, A. (2006). Powerful Caring. *Nursing Standard*. doi: 10.7748/ns.20.48.20.s24.
- Pehlivan, T. ve Güner, P. (2020). Merhametli Bakım: Tanımlanabilir mi, Verilebilir mi, Ölçülebilir mi? *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 11(1):64-69.
- Pınar, R. (1995). Hemşirelikte Araştırma Metodolojisi. *Hemşirelik Bülteni*, IX: 36.
- Raygani, A.V., Dalvandi, A., Navrazi, K., Ebadi, A., Rahgazar, M., Jalali, R., Salori, N., Abdi, A. (2021). Validation of The Persian Version of The Compassionate Care Assessment Tool. *International Journal of Nursing Sciences*, 95-101.
- Roach, M.S. (2007). *Caring: the human mode of being*. Canada: CHA Presses de l' ACS.
- Rubio, D.M., Berg-Weger M., Teb, S., Lee, E.S., Rauch, S. (2003). Objectifying Content Validity: Conducting A Content Validity Study in Socialwork. *Social Work Research*, 27(2): 94-104.
- Sayar, K. (2015). *Merhamet*. İstanbul: Timaş Yayınları. ss: 70.
- Schantz, M.L. (2007). Compassion: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 42(2): 48-55.
- Schopenhauer, A. (2014). *Merhamet*. (Çev:Z. Kocatürk). İstanbul: Dergah Yayınları. pp: 88.
- Schumacker, R.E. ve Lomax, R.G. (2010). *A beginner's guide to structural equation modeling* (3rd ed.). New York: Routledge.
- Schumacker, Randell, E., Richard G., Lomax. (1996). *A beginner's guide to structural equation modeling*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. pp: 33.
- Scott, P.A. (2000). Emotion, Moral Perception, and Nursing Practice. *Nursing Philosophy*. 1(2):123-133. doi: 10.1046/j.1466-769x.2000.00023.x.
- Sequist, T.D., Schneider, E.C., Li, A., et al. (2011). Reliability of Medical Group and Physician Performance Measurement in The Primary Care Setting. *Medical Care*, 49(2): 126-131.
- Shea, S. ve Lionis, C. (2014). Introducing The Journal of Compassionate Health Care. *Biomed Central*. doi: 10.1186/s40639-014-0007-7.

- Simon, D., Kriston, L., Loh, A., Spies, C., Scheibler, F., Wills, C., et al. (2010). Confirmatory Factor Analysis and Recommendations for Improvement of The Autonomy-Preference-Index (API). *Health Expectations*, 13: 234-243.
- Sprecher, S. ve Fehr, B. (2005). Compassionate Love for Close Others and Humanity. *Journal of Social and Personal Relationships*. 22(5):629-651. doi: 10.1177/0265407505056439.
- Stephen, G. (2011). Compassionate Care Enhancement: Benefits and Outcome. *The International Journal of Person Centered Medicine*. doi: <https://doi.org/10.5750/ijpcm.v1i4.153>.
- Strauss, C., Taylor, B.L., Gu, J., Kuyken, W., Bear, R., Jones, F.W., Cavanagh, K. (2016). What is Compassion and How Can We Measure it? A Review of Definitions and Measures. *Clinical Psychology Review*, 47:15-27.
- Sturgeon, D. (2008). Measuring Compassion in Nursing. *Nursing Standard*, 22 (46):42-3.
- Sümer, N. (2000). Yapısal Eşitlik Modelleri: Temel Kavramlar ve Örnek Uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazıları*, 3(6): 49-74.
- Şencan, H. (2005). *Sosyal ve davranışsal ölçümlerde geçerlilik ve güvenilirlik*. Ankara: Seçkin Matbaası.
- Şimşek, Ö.F. (2007). *Yapısal eşitlik modellemesine giriş: temel ilkeler ve lisrel uygulamaları*. Ankara: Cem Web Ofset.
- Şirin, M. ve Yurttaş, A. (2015). Hemşirelik Bakımının Bedeli: Merhamet Yorgunluğu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(2): 123-130.
- Tarhan N. (2017). *Duyguların psikolojisi ve duygusal zeka*. (2. Baskı) İstanbul: Timaş Yayınları.
- Tarhan, N. (2011). *Duyguların psikolojisi*. İstanbul: Timaş Yayınları. ss: 96.
- Tavşancıl, E. (2002). *Tutumların ölçülmesi ve spss ile veri analizi*. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Tavşancıl, E. (2005). *Tutumların ölçülmesi ve spss ile veri analizi*. Ankara: Nobel Basımevi.
- Tavşancıl, E. (2006). *Tutumların ölçülmesi ve spss ile veri analizi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Tavşancıl, E. (2010). *Tutumların ölçülmesi ve spss ile veri analizi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

- Tekin, H. (1977). *Eğitimde ölçme ve değerlendirme*. Ankara: Mars Matbaası.
- Tezbaşaran, A. (1992). *Likert tipi ölçek geliştirme kılavuzu*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Thammaiah, S., Manchaiah, V., Easwar, V., Krishna, R. (2016). Translation and Adaptation of Five English Language Self- Report Health Measures to South Indian Kannada Language. *Turkish Journal of Audiology and Hearing Research*, 6(1) 153: 22-27. doi: 10.4081/ audiores.
- The 14th Dalai Lama of Tibet. (2018). *Gyatso. Compassion and the Individual*. dalailama.com adresinden erişildi.
- Tinsley, H. E. A., ve Weiss, D. J. (1975). Interrater reliability and agreement of subjective judgments. *Journal of Counseling Psychology*, 22, 358–376.
- Toru, F. (2020). Hemşirelik Uygulamalarının Kilit Noktası: Bireyselleştirilmiş Bakım. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1): 46-59. doi: <https://dergipark.org.tr/trpub/amusbfd/issue/52200/505152>.
- Turan, N., Öztürk, A., Kaya, H., Atabek Aştı, T. (2011). Toplumsal Cinsiyet ve Hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4: 167- 73.
- Türk Dil Kurumu [TDK]. (2020). *Merhamet, 2021*. <http://tdk.gov.tr> adresinden erişildi.
- Türkiye Barolar Birliği Dergisi (2021). *Adalet. Türkiye Barolar Birliği*. www.tbbdergisi.barobirlik.org.tr adresinden erişildi.
- Uğurlu, A.K. ve Aslan, F. (2017). Merhamet ve Hemşirelik: Merhamet Ölçülebilir mi? *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 9(3):233-8. doi: 10.5336/nurses.2016-53677.
- Uncu, F., Açık, Y., Deveci, SE., Çelebi, E., Oğuzöncül AF., Ulaş, B. (2015). Sağlık Yüksekokulunda Öğrenim Gören Hemşirelik Öğrencilerinin Empatik Eğilim ve Empatik Beceri Düzeylerinin Belirlenmesi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E- Dergisi*, 3.
- Ural, A. ve Kılıç, İ. (2006). *Bilimsel araştırma süreci ve spss ile veri analizi*. Ankara: Detay Yayıncılık. ss: 286.

- Uysal, Ö. (1998). *Güvenilirlik ve geçerlilik analizi: bir uygulama*. Yüksek Lisans Tezi. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Biyoistatistik ve Demografi Bilim Dalı, İstanbul.
- Walker, W.L. (2007). *Compassion. International Standard Bible Encyclopedia*. <http://www.studylight.org/enc/isb/view.cgi?number=T2232> adresinden erişildi.
- Weaver, C. (2007). Compassionate Care for The Mastectomy Patient. *Nursing Made Incredibly Easy*, 5(6): 26-37.
- World Health Organization [WHO]. (2010). *Department of Human Resources for Health. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. <http://7whqlibdoc.who.int> adresinden erişildi.
- World Health Organization [WHO]. (2017). *Process of Translation and Adaptation of Instruments*. http://www.who.int/substance-abuse/research_tools/translation/en/ adresinden erişildi.
- World Health Organization. (2018). *Process of Translation and Adaptation of Instruments*. https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/ adresinden erişildi.
- Yalçın, S. (2021). *Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Süreci Bilgi Notu*. <http://egitim.ankara.edu.tr> adresinden erişildi.
- Yazar, I., Yavuz, H.S., Çay, M.A. (2009). Temel Bileşen Analizi Yönteminin ve Bazı Klasik ve Robust Uyarlamalarının Yüz Tanıma Uygulamaları. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 1: 50-63.
- Yeşilyurt, S. ve Çapraz, C. (2018). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kullanılan Kapsam Geçerliği İçin Bir Yol Haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20(1): 251-264. doi: <https://doi.org/10.17556/erziefd.297741>.
- Yıldız, D. ve Uzunsakal, E. (2018). Alan Araştırmalarında Güvenilirlik Testlerinin Karşılaştırılması ve Tarımsal Veriler Üzerine Bir Uygulama. *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi*, 1: 16-28.
- Yurdugül, H. (2005, September 28-30). *Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği İçin Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması*. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Denizli.

EKLER

Ek 1. Bilgi Formu

(Olgu Rapor Formu/Veri Takip Raporu).

(Form 9)

MERHAMETLİ BAKIM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ’NİN TÜRK KÜLTÜRÜNE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Bu çalışmada amaç, Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği’nin Türk Kültürüne uyarlamak geçerlik ve güvenilirliğini test etmektir. Araştırmada veriler Bilgi Formu, Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği ile toplanacaktır. Tüm sorulara size en uygun cevabı vermeniz ve tüm soruları yanıtlamanız çalışma sonuçları adına oldukça önemlidir.

“Bu araştırmaya katılım gönüllük esasına dayanmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar **tamamen gizli tutulacak**, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten (Doç.Dr. Yıldız DENAT (e-mail: denat09@gmail.com, cep: 0 555 410 25 09), Yüksek Lisans Öğrencisi Hemşire Ebru TANRIKULU (e-mail: ebrutanrikulu96@gmail.com, cep: 05362398211) ndan uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla veya telefonla (cep) sorabilirsiniz.”

Anketi cevaplama süresi yaklaşık 15-20 dk. dır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Araştırma Ekibi

Doç. Dr. Yıldız DENAT

Yüksek Lisans Öğrencisi Hemşire

Ebru TANRIKULU

Bilgi Formu

1. Yaşınız
1. Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek
2. Medeni Durumunuz: 1.Evli 2.Bekar
3. Çocuğunuz var mı? (Varsa yanına kaç tane olduğunuzu yazınız) 1. Evet..... 2. Hayır
4. Eğitim durumunuz:
 1. Okuma Yazma Bilmeyen 2. Okuma Yazma Bilen 3. İlkokul Mezunu
 4. Ortaokul Mezunu 5. Lise 6. Ön lisans
 7. Lisans 8. Yüksek lisans/Uzmanlık 9. Doktora
 10. Diğer.....
5. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
 1. Gelir giderden fazla 2. Gelir gidere eşit 3. Gelir giderden az
7. En uzun süre yaşadığınız yer?
 1. Köy 2. İlçe 3. İl/ Şehir
8. Aile tipiniz
 1. Yalnız yaşıyorum 2. Çekirdek aile 3. Geniş aile
9. Mesleki Durum
 1. İşveren/Serbest Meslek Sahibi 2. İşçi 3. İşsiz 4. Emekli
 5. Öğrenci 6. Kamu Memuru 7. Diğer
10. Tıbbi Tanısı
11. Kronik Hastalığınız var mı?
 1. Evet (Varsa yanına belirtiniz) 2. Hayır
12. Hastaneye Yatış Nedeni
 1. Medikal Tedavi 2. Cerrahi Tedavi 3. Tetkik 4. Diğer
13. Hastanede Yatış Süresi:gün
14. Geçen Yıl Hastaneye Yatış Sayısı

Ek 2. Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin Orijinal Hali

COMPASSIONATE CARE ASSESSMENT TOOL

Establishing a meaningful nurse-patient relationship is essential to patient care and the nursing profession. The following items describe characteristics of compassionate care, a required way for nurses to practice according to the American Nurses Association's Code of Ethics. *Compassion is understanding suffering and wanting to do something about it.* For each item presented, please rate by:

Patient: Importance of each item to the term, compassionate care, from your perspective

Nurse: The extent a nurse or nurses made compassionate care apparent to you during this hospitalization.

Patient					Nurse			
Not important at all	Somewhat important	Very important	Extremely important	<u>ITEM</u>	None	Some of the time	Most of the time	All of the time
1	2	3	4	Encouraged you	1	2	3	4
1	2	3	4	Showed appreciation for you/ your family	1	2	3	4
1	2	3	4	Considered your personal needs	1	2	3	4
1	2	3	4	Showed empathy for your situation	1	2	3	4
1	2	3	4	Demonstrated hopefulness	1	2	3	4
1	2	3	4	Practiced with a sense of humor	1	2	3	4
1	2	3	4	Intervened with unconditional love/respect	1	2	3	4
1	2	3	4	Remained calm at all times	1	2	3	4
1	2	3	4	Supported you/your family's spiritual beliefs and practices	1	2	3	4
1	2	3	4	Understood your medical problem(s)	1	2	3	4
1	2	3	4	Protected your privacy	1	2	3	4
1	2	3	4	Treated you without judgment	1	2	3	4
1	2	3	4	Worked competently	1	2	3	4
1	2	3	4	Helped control your pain	1	2	3	4
1	2	3	4	Acted with confidence	1	2	3	4
1	2	3	4	Skillful with equipment	1	2	3	4
1	2	3	4	Gave treatments on time	1	2	3	4
1	2	3	4	Made spiritual support available	1	2	3	4
1	2	3	4	Excused any shortcomings	1	2	3	4
1	2	3	4	Projected an inner beauty	1	2	3	4
1	2	3	4	Provided a connection with the outside world	1	2	3	4
1	2	3	4	Promoted a quiet environment	1	2	3	4

Patient

Nurse

Patient				<u>ITEM</u>	Nurse			
Not important at all	Somewhat important	Very important	Extremely important		None	Some of the time	Most of the time	All of the time
1	2	3	4	Addressed difficult issues	1	2	3	4
1	2	3	4	Sensed how to meet your needs	1	2	3	4
1	2	3	4	Took time to talk to you	1	2	3	4
1	2	3	4	Checked on you frequently	1	2	3	4
1	2	3	4	Involved the you in your plan of care	1	2	3	4
1	2	3	4	Presented a professional image	1	2	3	4

Ek 3. Kapsam Geçerliğinin Sağlanabilmesi İçin Uzmanlara Sunulan Ölçek

MERHAMETLİ BAKIM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Anlamlı bir hemşire-hasta ilişkisi kurmak hasta bakımı ve hemşirelik mesleğinin olmazsa olmazıdır.

Aşağıdaki maddeler Amerikan Hemşireler Birliği'nin Mesleki Ahlak Kuralları'na göre hemşirelerin uygulamaları gereken merhametli bakım özelliklerini tanımlamaktadır. Merhamet acı çekmenin ne demek olduğunu anlamak ve bununla ilgili bir şeyler yapmayı istemek olarak tanımlanır. Sunulan her madde için lütfen aşağıdaki kriterlere göre bir değerlendirme yapınız.

Hasta: Her bir maddenin sizin kendi bakış açınızdan 'merhametli bakım' içindeki önemini belirtiniz.

Hemşire: Şu anki hastaneye yatışınızda hemşireniz/ hemşireleriniz merhametli bakımı size ne kadar gösterdiler.

Hasta

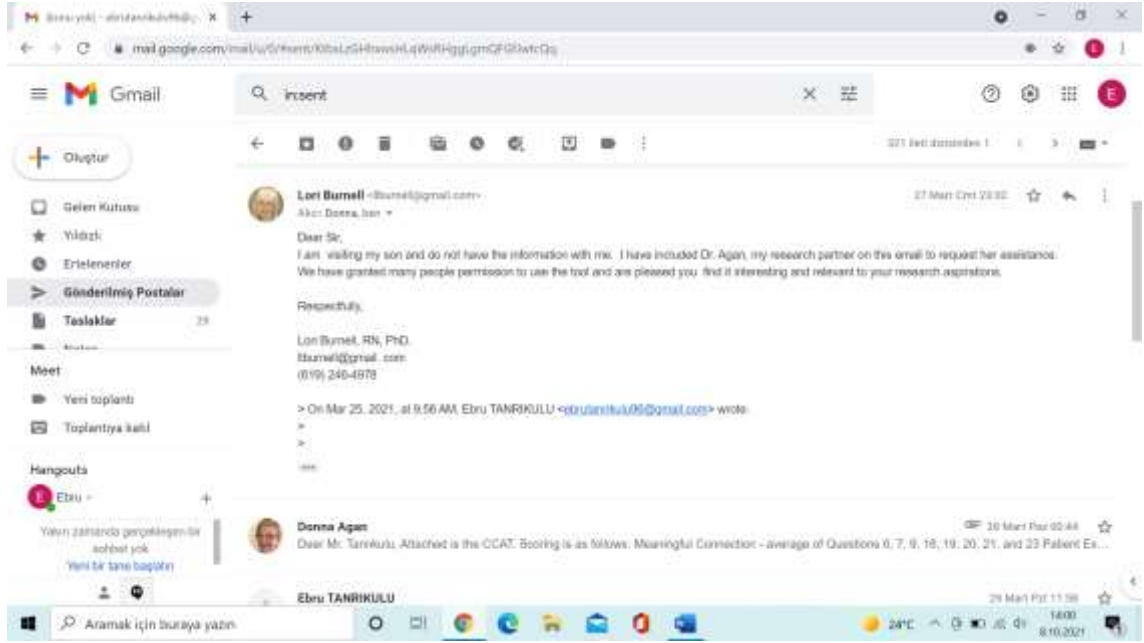
Hemşire

Hiç önemli değil	Biraz önemli	Çok önemli	Son Derece önemli	<u>MADDE</u>	Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	2	3	4	Beni cesaretlendirdi	1	2	3	4
1	2	3	4	Beni/ailemi takdir ettiğini gösterdi	1	2	3	4
1	2	3	4	Kişisel ihtiyaçlarımı dikkate aldı	1	2	3	4
1	2	3	4	Durumumla ilgili empati gösterdi	1	2	3	4
1	2	3	4	Umut verdi	1	2	3	4
1	2	3	4	Mizahi bir duyguyla bakım verdi	1	2	3	4
1	2	3	4	Koşulsuz sevgi/saygı ile müdahale etti	1	2	3	4
1	2	3	4	Her zaman sakin kaldı	1	2	3	4
1	2	3	4	Benim/ailemin manevi inanç ve uygulamalarını destekledi	1	2	3	4
1	2	3	4	Tıbbi sorunumu/sorunlarımı anladı	1	2	3	4
1	2	3	4	Mahremiyetimi korudu	1	2	3	4
1	2	3	4	Beni yargılamadı	1	2	3	4
1	2	3	4	Çalışmalarında yetkindi	1	2	3	4
1	2	3	4	Ağrımı kontrol etmeye yardımcı oldu	1	2	3	4
1	2	3	4	Davranışları güven vericiydi	1	2	3	4
1	2	3	4	Tıbbi araç gereç kullanımında becerikliydi	1	2	3	4
1	2	3	4	Tedavileri zamanında yaptı	1	2	3	4

Hasta**Hemşire**

				<u>MADDE</u>				
Hiç önemli değil	Biraz önemli	Çok önemli	Son Derece önemli		Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	2	3	4	Manevi destek sağladı	1	2	3	4
1	2	3	4	Eksiklikleri hoşgördü	1	2	3	4
1	2	3	4	İç güzelliğini yansıttı	1	2	3	4
1	2	3	4	Dış dünya ile bağlantı kurmamı sağladı	1	2	3	4
1	2	3	4	Sessiz bir ortam sağladı	1	2	3	4
1	2	3	4	Zor sorunlarımı ele aldı	1	2	3	4
1	2	3	4	İhtiyaçlarımın nasıl karşılanacağını anladı	1	2	3	4
1	2	3	4	Benimle konuşmak için zaman ayırdı	1	2	3	4
1	2	3	4	Beni sık sık kontrol etti	1	2	3	4
1	2	3	4	Bakım planına beni de dahil etti	1	2	3	4
1	2	3	4	Profesyonel bir duruş sergiledi	1	2	3	4

Ek 4. Ölçek Kullanım İzni



Ek 5. Görüşlerine Başvurulan Uzmanlar

İSİM	ÇALIŞTIĞI KURUM
Doç. Dr. Yıldız DENAT	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Prof. Dr. Gülelgün TÜRK	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Prof. Dr. Yurdanur DİKMEN	Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN	Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç. Dr. İmatullah AKYAR	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Fatoş KORKMAZ	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Doç. Dr. Gülşah GÜROL ARSLAN	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Prof. Dr. Dilek ÖZDEN	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Prof. Dr. Ülkü YAPUCU GÜNEŞ	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Prof. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Ek 6. Etik Kurul İzni

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 15.11.2021-99166



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-76261397-051.99-99166

Konu : 2021-278 nolu çalışmanız

Sayın Doç. Dr. Yıldız DENAT
Öğretim Üyesi

Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 08.11.2021 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan II nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

KARAR : II

Protokol No : 2021/278

Sorumlu Yürütücü : Doç. Dr. Yıldız DENAT

Hemşirelik Fakültesi

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Yıldız DENAT 'ın "Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği" nin Türk Kültürüne Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" başlıklı araştırmasının 30.10.2021 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüşüldü. İstenen bilgi ve belgelerin dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde (kurum izinin alınması ve dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Hilmiye AKSU
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSVL75CCU7 Pin Kodu :75262

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5740&eD=BSVL75CCU7&eS=99166>

Adres:ADÜ Merkez Kampüsü Aytepe Mevkii 09100 Efeler/AYDIN

Telefon:02562138866 Faks:0256 214 66 87

e-Posta:rektortuk@adu.edu.tr Web:akademik.adu.edu.tr

Keş Adresi:adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Emir Hatice Selda Korkmaz
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 7. Kurum İzni 1

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 14.02.2022-137424



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-90739940-799
Konu : Ebru TANRIKULU (Tez Çalışması)

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İlgi: 24.12.2021 tarih ve E.114161 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ebru TANRIKULU'nun "*Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin Türk Kültürüne Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması*" konulu tez çalışması talebine ilişkin Ankara Şehir Hastanesi'nin cevabi yazısı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Söz konusu çalışmanın Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi ve bir örneğinin Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydıyla ilgili kurumda yapılması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Özgür Ömer YILDIZ
Müdür a.
Başkan Yardımcısı

Ek: Üst Yazı (1 Sayfa)

ASM SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI Eğitim ve Tescil Birimi
Emrah Mh. Gata No: 87 Keçiören - ANKARA
Telefon: Faks No:
e-Posta: yesim.ozer@saglik.gov.tr İnternet Adresi: www.asm.gov.tr

Bilgi için: Yeşim ÖZER
SÜREKLİ İŞÇİ
Telefon No: (0 312) 306 36 22

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 8. Kurum İzni 2



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Şehir Hastanesi Başhekimliği

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA ŞEHİR HASTANESİ -
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
11/02/2022 16:39 - E-72300690 - 799 - 9447



Sayı : E-72300690-799
Konu : Ebru TANRIKULU (Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Ankara Eğitim ve Tescil Birimi)

İlgi : 24.12.2021 tarih ve E-90739940-799-2473 sayılı yazı.

İlgide kayıtlı yazıya istinaden, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ebru TANRIKULU'nun "Merhametli Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin Türk Kültürüne Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapma talebi, Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulumuzun 31.01.2022 tarih ve 35 sayılı toplantısında görüşülmüş olup, uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Öğr. Üyesi Aziz Ahmet SUREL
Koordinatör Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 3a8874e1-bd6e-4e03-9ead-dd2508517a88 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>
Üniversiteler Mah. Bilkent Cad.No:1 Çankaya/ANKARA Bilgi için: Emine KURANEL
Telefon: Faks No: Veri Hazırlama ve Kontrol İşl.
e-Posta: emine.kuranel@saglik.gov.tr İnternet Adresi: emine.kuranel@saglik.gov.tr Telefon No: (0 312) 552 60 00



Ek 9. Kurum İzni 3

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 14.02.2022-137715



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-19504407-605.01-137715
Konu : Ebru TANRIKULU (Veri Toplama İzni)

HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 14.02.2022 tarihli ve 364 sayılı yazı.

Anabilim Dalınız Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Ebru TANRIKULU'nun tez çalışması kapsamında veri toplama izni hakkındaki Ankara İl Sağlık Müdürlüğünden gelen ilgi yazı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK
Müdür V.

Ek:İlgi Yazı ve Eki

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BS5LV293ST

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?cK=5740&cD=BS5LV293ST&cS=137715>

Adres:Merkez Kampüs Enstitüler Binası Efeler/AYDIN
Telefon:0256 218 20 00 Faks:0256 214 66 87
e-Posta:saglikbilimleri@adu.edu.tr Web:akademik.adu.edu.tr/enstitu/saglik/
Kep Adresi:adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Figen KATILMIŞ
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİLİMSEL ETİK BEYANI

“MERHAMETLİ BAKIM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ’NİN TÜRK KÜLTÜRÜNE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI” başlıklı Yüksek Lisans tezindeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Ebru TANRIKULU

03 /02 / 2023

ÖZ GEÇMİŞ

Soyadı, Adı : TANRIKULU Ebru
Uyruk : T.C.
Doğum yeri ve tarihi : Aydın / 31.03.1996
Telefon : 0 536 239 82 11
E-posta : ebrutanrikulu96@gmail.com
Yabancı dil : İngilizce

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Y. Lisans	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	
Lisans	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Söke Sağlık Yüksekokulu	2018

BURSLAR ve ÖDÜLLER

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2020-2023	Ankara Bilkent Şehir Hastaneleri Nöroloji Ortopedi Kulesi	Hemşire

AKADEMİK YAYINLAR

1. MAKALELER

TANRIKULU EBRU, DENAT YILDIZ. (2022). Hemşirelikte Merhametli Bakım. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 15(4): 541-556. Doi: 10.46483/deuhfed.993707.

TANRIKULU EBRU, DENAT YILDIZ. (2022). Sağlık Hizmetlerinde Merhamet. Sağlık Bilimleri Dergisi, 31: 120-125. Doi: 10.34108/eujhs.995088.

2. PROJELER

-

3. BİLDİRİLER

A) Uluslararası Kongrelerde Sunulan Bildiriler

-

B) Ulusal Kongrelerde Sunulan Bildiriler

-