



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**HASTALARDA GÜÇSÜZLÜK
DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİN
GELİŞTİRİLMESİ**

Betül BAL

DOKTORA TEZİ

Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK

TRABZON-2024

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yapıldığını ve yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

04/06/2024

Betül BAL

İthaf

Doktora tezimi, bu hayattaki en büyük gururum olan babam Adnan BAL 'a ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Doktora eğitim sürecimde bilgi ve deneyimiyle bana yol gösteren, her zaman öğrencisi olmaktan onur duyduğum, ilgi ve sevgisini daima hissettiğim değerli danışmanım Sayın Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK'e,

Tez izleme komitesinde görev alan, değerli yönlendirmeleri, görüşleri ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ ve Sayın Doç. Dr. Mehmet KOKOÇ'a,

Doktora eğitim sürecimde birlikte yol aldığım arkadaşlarım Tuğçe ATEŞ ve Zeliha ÇOLAK'a,

Mesleki ve özel yaşamımda sürekli yanımda hissettiğim, eğitim sürecimde ve çalışmalarımımda bilgi ve deneyimleri ile bana destek olan dostum Gamze Gülsüm KILIÇLI ve Nagihan Köroğlu KABA'ya,

Her koşulda beni sabır, anlayış ve özveri ile destekleyen, her zaman yanımda hissettiğim ve bana güç veren canım annem Zeliha BAL'a, canım ablam Hilal KARAASLAN'a ve eniştem Hacı Şükrü KARAASLAN'a

Sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Betül BAL

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

ix

ŞEKİLLER DİZİNİ

x

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

xi

ÖZET

xii

ABSTRACT

xiii

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

4

2.1. Güçsüzlük Kavramı

4

2.2. Güçsüzlükle İlişkili Duygular

5

2.3. Güçsüzlük Kuramları ve Modelleri

8

2.3.1. Güçsüzlük Modeli

8

2.3.2. Güç ve Güçsüzlük Kuramı

8

2.3.3. Kendi Kaderine Tayin Teorisi

9

2.3.4. Bilişsel Uyum Kuramı

9

2.3.5. Yabancılaşma Kuramı

9

2.3.6. Güç Kaynakları Modeli

10

2.4. Hastalarda Güçsüzlüğün Önemi ve Hemşirenin Rolü

12

3. GEREÇ ve YÖNTEM

14

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

14

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

14

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

14

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

15

3.5. Veri Toplama Araçları

15

3.5.1. Kişisel Bilgi Formları

15

3.5.2. Taslak Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeği

15

3.6. Veri Toplama Süreci	16
3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	17
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	18
3.9. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı	18
4. BULGULAR	19
4.1. Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlik Bulguları	19
4.1.1. Yüzey Geçerliği	19
4.1.1.1. Madde Havuzunun Oluşturulması	19
4.1.1.2. Akran Değerlendirmesi	20
4.1.1.3. Uzman Değerlendirmesi	20
4.1.2. Kapsam Geçerliği	20
4.1.3. Pilot Uygulama	21
4.1.4. Yapı Geçerliği	22
4.1.4.1. Temel Bileşenler Analizi	22
4.1.4.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi	25
4.1.4.3. Yakınsak Geçerliği ve Ayrışma Geçerliği	27
4.2. Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeğinin Güvenirlik Bulguları	28
4.3. Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeğinin Son Yapısı ve Hesaplanması	32
4.4. Hastaların ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeği Bulguları	33
4.4.1. Hastaların ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri	33
4.4.2. Hastaların ve Hemşirelerin Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması	35
4.5. Hastaların ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeği Bulgularının Karşılaştırması	36
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	41
5.1. Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışması	41
5.2. Hastalara ve Hemşirelere Göre Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeğinin Bulgularının Tartışması	49
6. KAYNAKLAR	53
EKLER	63
Ek 1. Hasta Bilgi Formu	64

Ek 2. Hemşire Bilgi Formu	65
Ek 3. Kurum İzni	66
Ek 4. Etik Kurul Onayı	68
Ek 5. Bilgilendirilmiş Onam Formu	71
Ek 6. Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeği	72
ÖZGEÇMİŞ	74



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Araştırmanın yapıldığı hastanelerin tanıtıcı özellikleri	14
Tablo 2. HGDÖ'nün geliştirme aşamaları ve veri toplama süreci	16
Tablo 3. HGDÖ'nün geliştirilmesinde kullanılan testler ve yöntemler	17
Tablo 4. Kapsam geçerliği ve pilot uygulama sonrası HGDÖ maddelerinin dağılımı	21
Tablo 5. HGDÖ maddelerine ilişkin Kurtosis (basıklık) ve Skewness (çarpıklık) değerleri	22
Tablo 6. HGDÖ'nün alt boyutlarına göre ölçek maddeleri ve faktör yük değerleri	24
Tablo 7. HGDÖ'nün doğrulayıcı faktör analizi uyum indeks değerleri	26
Tablo 8. HGDÖ maddelerinin DFA sonrası faktör yükleri ve t değerleri	27
Tablo 9. HGDÖ'nün yakınsak ve ayrışma geçerliği değerleri	28
Tablo 10. HGDÖ'nün güvenilirlik bulguları	29
Tablo 11. HGDÖ'nün madde toplam korelasyon ve Cronbach Alpha değerleri	30
Tablo 12. TBA için ölçek toplam ve alt boyutları arasındaki korelasyon değerleri	31
Tablo 13. HGDÖ ve alt boyutlarının %27'lik alt ve üst çeyreklik karşılaştırması	31
Tablo 14. HGDÖ'nün test-tekrar test puan korelasyonları ve karşılaştırması	32
Tablo 15. HGDÖ'nün maddeleri ve puan aralıkları	33
Tablo 16. Ölçek geliştirme çalışmasına katılan hastaların tanıtıcı özellikleri	34
Tablo 17. Ölçek geliştirme çalışmasına katılan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri	35
Tablo 18. DFA örnekleminde hastaların ve hemşirelerin HGDÖ'ü puan ortalamalarının karşılaştırılması	36
Tablo 19. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre HGDÖ puan ortalamalarının karşılaştırması	38
Tablo 20. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre HGDÖ puan ortalamalarının karşılaştırması	40

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1. Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeği yamaç grafiği	23
Şekil 2. Doğrulayıcı faktör analizine göre HGDÖ'nün path diyagramı	25



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

YBÜAUH	Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi
YŞH	Yozgat Şehir Hastanesi
TBA	Temel Bileşenler Analizi
AVE	Average Variance Extracted (Ortalama Açıklanan Varyans)
CFI	Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)
CR	Composite Reliability (Yapı Güvenilirliği)
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
GFI	Goodness of Fit Index (Uyum İndeksi)
ICC	Intraclass Correlation Coefficient (Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı)
KGİ	Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	Kapsam Geçerlik Oranları
HGDÖ	Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeği
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin Testi
NFI	Normed Fit Index (Normlaştırılmış Uyum İndeksi)
SRMR	Standardized- Root Mean Square Residual (Standartlaştırılmış Ortalama Hataların Karekökü)
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)
TLI	Tucker-Lewis Index (Tucker-Lewis İndeksi)
X²/Sd	Düzeltilmiş Kikare İstatistiği

Simgeler

β	Beta
---------	------

Formüller

$$[KGO = (Nu - N/2) / (N/2)]$$

ÖZET

Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi

Bireylerin iyileşmesini olumsuz etkileyen güçsüzlüğün ve boyutlarının tanımlanıp değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir ölçme araçlarına gereksinim vardır. Bu araştırmanın amacı, hasta ve hemşirelerin değerlendirmesi ile hastaların güçsüzlük düzeyini belirleyecek bir ölçme aracı geliştirmektir. Araştırmanın örneklemini, temel bileşenler analizi için Yozgat il merkezindeki bir üniversite hastanesinde çalışan 304 hemşire ve yatan 309 hasta oluştururken, doğrulayıcı faktör analizi için aynı ildeki bir kamu hastanesinde görev yapan 165 hemşire ve yatan 166 hasta oluşturmuştur. Test-tekrar test analizi ise 20 hemşire ve 20 yatan hasta ile yürütülmüştür. Veriler, bilgi formu ve taslak Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeği ile toplanmıştır. Analizler sonucunda taslak ölçeğin kapsam geçerlik indeksi 0.75 tir. Temel bileşenler analizi için Kaiser-Meyer-Olkin değeri 0.90, Barlett testi $X^2=10118.96$ ($p<0.05$), anti imaj korelasyon değerleri 0.82 ile 0.95 arasındadır. Temel bileşenler analizinde, Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeğinin 24 madde ve dört alt boyut ile şekillendiği, maddelerin faktör yük değerlerinin 0.882 ile 0.649 arasında olduğu belirlenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizinde ise düzeltilmiş X^2/Sd değeri 2.43, RMSEA değeri 0.07, GFI değeri 0.90, SRMR değeri 0.058, CFI değeri 0.94, NFI değeri 0.90 ve TLI=0.93'tür. Yakınsak geçerlik için ölçek alt boyutların ortalama açıklanan varyansı 0.54-0.75, yapı güvenirlik değerleri 0.82-0.91 arasındadır. Güvenirlik için Cronbach Alpha değeri 0.91, madde toplam korelasyon değerleri 0.47-0.91 ve test-tekrar testte $r=0.88$ ($p<0.001$) ve $t=0.316$ ($p>0.05$) dır. Bunun yanı sıra hastalara göre ölçek toplam puan ortalaması 3.79 ± 0.75 ve hemşirelere göre 3.29 ± 0.50 'dir. Ayrıca hastaların yaşı, mezuniyet ve çalışma durumu, gelir düzeyi ve hastalık durumunu, hemşirelerin ise medeni durumu ve çalıştıkları klinik güçsüzlük algısını etkilemiştir ($p<0.05$). Sonuç olarak hastalar ve hemşireler tarafından değerlendirilebilen Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeği geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelime: Güç, Güçsüzlük, Hasta, Hastaneler, Hemşireler, Hemşirelik, Ölçekler

ABSTRACT

Development of Powerlessness Assessment Scale in Patients

Valid and reliable measurement tools are needed to identify and evaluate the perception of powerlessness and its dimensions that negatively affect the recovery of individuals. The aim of this study was to develop a measurement tool to determine the level of powerlessness of patients through the assessment of patients and nurses. The sample of the study for principal component analysis consisted of 304 nurses working in a university hospital in Yozgat city center and 309 inpatients, while the sample for confirmatory factor analysis consisted of 165 nurses working in a public hospital in the same city and 166 inpatients. Test-retest analysis was conducted with 20 nurses and 20 inpatients. Data were collected with the information form and the draft Patients' Powerlessness Assessment Scale. As a result of the analyses, the content validity index of the draft scale was 0.75. For the principal component analysis, Kaiser-Meyer-Olkin value was 0.90, Barlett test $X^2=10118.96$ ($p<0.05$), and anti-image correlation values were between 0.82 and 0.95. In the principal component analysis, the scale was constructed with 24 items and four sub-dimensions, and the factor loadings of the items were between 0.882 and 0.649. In confirmatory factor analysis, the adjusted X^2/Sd value was 2.43, RMSEA value was 0.07, GFI value was 0.90, SRMR value was 0.058, CFI value was 0.94, NFI value was 0.90 and TLI=0.93. For convergent validity, the average variance extracted of the scale sub-dimensions is between 0.54-0.75 and construct reliability values were between 0.82-0.91. For reliability, Cronbach's Alpha value was 0.91, item total correlation values were 0.47-0.91, and test-retest $r=0.88$ ($p<0.001$) and $t=0.316$ ($p>0.05$). In addition, the mean total scale score was 3.79 ± 0.75 for patients and 3.29 ± 0.50 for nurses. In addition, patients' age, graduate and working status, income level and disease status, and nurses' marital status and the clinic they worked in affected the perception of powerlessness ($p<0.05$). In conclusion, the Patient Powerlessness Assessment Scale, which can be evaluated by patients and nurses, can be used as a valid and reliable measurement tool.

Key Words: Hospitals, Nurses, Nursing, Power, Powerlessness, Patient, Scales

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Güçsüzlük, tüm insanları yaşamları boyunca etkileyebilen bir algıdır (1). Bireyler, özellikle hastalık durumunda savunmasız olup güçsüzlük yaşama ya da bu algının oluşmasına eğilimlidir (2). Bu açıdan bireylerin iletişim kuramadığı, günlük yaşam aktivitelerini ve rol sorumluluklarını yerine getiremediği durumlar veya yaralanmalarda güçsüzlük algısı gelişebilmektedir (3). Bireylerin yaşadığı endişe ve stres, destek, bilgi ve iletişim eksikliği, yetersiz bakım ve başka bir kuruma sevk edilme durumları ise güçsüzlük algısını artırabilmektedir (4). Bu ifadelerle örtüşecek şekilde bazı çalışmalar, kronik hastalıkların doğrudan ya da dolaylı olarak (1, 3, 5-7), bazı çalışmalar ise yaşlanma nedeni ile güçsüzlük algısının arttığını bildirmektedir (2, 5).

Güçsüzlük yaşayan bireylerde, yön ve motivasyon eksikliği, düşük öğrenme düzeyi, kararsızlık, kendini mağdur hissetme, kırılganlık (1, 8), yetersizlik algısı ve depresyon gözlenmektedir (1). Bununla birlikte güçsüzlük algısı, yalnızca psikolojik değil, aynı zamanda fiziksel sağlığı da büyük ölçüde etkileyip birçok sağlık sorununun habercisi olabilir (9). Hastalarda ise güçsüzlük algısı, tedaviye uyumu ve öz bakımı etkileyerek iyileşmeyi geciktirebilir (10). Ayrıca hastanın aşırı güçsüzlük yaşaması, kendisine bakım veren hemşire üzerinde de olumsuz etki yaratabilir (11).

Güçsüzlük, Uluslararası Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA-I) tarafından kabul edilen bir hemşirelik tanısıdır (12). Bireylerde güçsüzlük sonucu yaşanan belirtilerin hemşireler tarafından fark edilememesi (2) ve hemşirelik bakım planlarında güçsüzlük tanısının yeterince açıklanmadan kullanılması, kaygı, etkisiz baş etme, çaresizlik, düşük benlik saygısı ve umutsuzluk gibi hemşirelik tanıları ile karıştırılmasına neden olmaktadır (3). Bu kapsamda güçsüzlük algısını tüm yönleri ile ele alan güncel bir ölçek, hemşirelere doğru şekilde güçsüzlük tanısını koymada yardımcı olabilir. Hemşireler tarafından bireylerin güçsüzlük algısının tanımlanması ve buna yönelik müdahaleler planlanıp, uygulanması hastaya daha nitelikli ve kaliteli bakım sunulmasını sağlayabilir.

Hastalarda güçsüzlük kavramına yönelik ölçek çalışmaları incelendiğinde, 2009 yılında Braga ve Cruz tarafından “Yetişkin Hastalar için Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeğinin” geliştirildiği görülmektedir. Bu ölçek; davranışı gerçekleştirme kapasitesi, karar verme kapasitesinin algılanması ve algılanan kontrole duygusal tepkiler olmak üzere üç alt boyut ve 12 maddeden oluşmaktadır. Ayrıca ölçeğin güvenirlik analizleri yapılmış, ancak

alt boyutların iç tutarlılığı 0.57 olarak belirlenmiştir (13) ve bu sonuç kabul edilebilir düzeyin altında bulunmuştur (14).

Güçsüzlüğü ele alan bir diğer ölçek; Kubsch ve Wichowski tarafından 1997 yılında geliştirilen “Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeği”dir. Miller’in güç kaynakları kavramına dayandırılan ölçek, güçsüzlük ve güç kaynağı olmak üzere iki ayrı alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçekler; hastaların güçsüzlük algısını ve yedi güç kaynağının gücünü ölçmektedir. Puanları yorumlamak için iki ölçeğin ayrı ayrı analiz edilmesi gerekmektedir. Ölçeklerden alınan puan arttıkça güçsüzlük düzeyi artmaktadır. Beş maddeden oluşan algılanan güçsüzlük ölçeğinin Chronbach Alpha değeri 0.77 olarak belirlenmiştir. Yedi maddeden oluşan güç kaynağı ölçeği, aynı kavramı ölçmediği için Chronbach Alpha uygulanmamıştır (15). Ayrıca hastaların güçsüzlüğünü belirlemek için geliştirilen bu ölçekler yalnızca öz değerlendirme şeklindeki ölçeklerdir. Oysa hastalara bakım veren hemşireler tarafından hastaların güçsüzlüğünü tanılamak önemlidir (2). Çünkü bireylerde yaşanan güçsüzlük, hemşirelik müdahaleleri ile iyileştirilebilen veya azaltılabilen psikososyal bir yanıttır (13).

Hastaların/bireylerin, bununla birlikte hemşirelerin de hastaların güçsüzlük algısını analiz etmesi, bireyin başa çıkamayacağı durumlara odaklanması yerine pozitif gücünü keşfetmesi için gereklidir (16). Bu açıdan hastaların güçsüzlük algısının ölçeklerle somutlaştırılıp ölçülebilir hale getirilmesi ve hemşireler tarafından da değerlendirilmesi, güçsüzlük boyutlarının daha doğru ve tutarlı bir şekilde tanılanarak hemşirelik müdahale ve girişimlerin etkililiği açısından önemlidir. Diğer bir ifadeyle alt boyutlarıyla hastaların güçsüzlük algısını belirleyecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracının geliştirilmesi, hastanın güçsüz olduğu alanda desteklenmesi ya da bireylerin neden ve nasıl güçsüzlük yaşadıklarına dair bilgi, ihtiyaçlarını karşılamak ve daha iyi semptom yönetimi elde etmek için gereklidir. Dolayısıyla hastaların güçsüzlük algısını somutlaştırarak ölçen, doğru, tutarlı ve kolay ölçüm sağlayan hem hastalar hem de hastaların bakımından sorumlu olan hemşireler tarafından kullanılabilen hemşireliğe özgü hastaların güçsüzlüğünü değerlendiren bir ölçme aracının geliştirilmesi düşünülmüştür. Bu doğrultuda çalışmanın amacı; “hasta ve hemşirelerin değerlendirmesi ile hastaların güçsüzlük düzeylerini belirleyebilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirmek” olarak belirlenmiştir.

Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeği (HGDÖ) geçerli bir ölçme aracı mıdır?
- HGDÖ, güvenilir bir ölçme aracı mıdır?
- HGDÖ göre hastaların güçsüzlük düzeyleri nedir?
- Hasta ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri HGDÖ puanlarını etkilemekte midir?



2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde, güçsüzlük kavramı, güçsüzlüğün temel duyguları, güçsüzlük kuram/modelleri, hastalarda güçsüzlüğün önemi ve hemşirenin rolü başlıklarına yer verilmiştir.

2.1. Güçsüzlük Kavramı

Güçsüzlük kavramı, kökünü “güç” kavramından alan bir kavramdır. Bu kapsamda güç kavramı, kökleri –ebilmek–abilmek anlamına gelen Latince “potere” sözcüğünden üretilmiştir (17). Türk Dil Kurumuna göre güç, “fizik, düşünce ve ahlak yönünden bir etki yapabilme veya bir etkiye direnebilme yeteneğidir” (18). Yaşamın her alanında var olan fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları içeren güç kavramı, koşullara ve ilişkilere göre değişen niteliğe sahip bir kavramdır (17). Barrett gücü, insanların refahını artırması için harekete geçme yeteneği ve sağlığı geliştirici durumlar dahil olmak üzere yaşam değişikliklerine katılım konusunda bilinçli seçimler yapma özgürlüğü olarak ifade etmektedir (19). Miller gücü, bireyin başına gelen olay veya durumları etkileyebilmesi olarak tanımlamıştır (20). Güç tanımları genel olarak incelendiğinde başkalarını veya kendini etkileme ve kontrol etme becerisi olarak ifade edilmektedir (21).

Güçsüzlük ise güç eksikliği veya yokluğu olarak ifade edilmektedir (22). Türk Dil Kurumuna göre güçsüzlük “güçsüz olma durumu, güçsüze yakışacak davranış; aciz, âcizliktir” (18). Seeman’a göre güçsüzlük; kişinin kendi davranışları sonucu ortaya çıkan kişisel ve sosyal çıktıları kontrol edemeyeceği beklentisi veya algısıdır (23). Güçsüzlük, bireyin çevre üzerinde hareket eden bir özne yerine, çevre tarafından etkide bırakılan bir nesne rolünü üstlenmesiyle ortaya çıkan bir durum olarak tanımlanmıştır (24). Diğer bir tanıma göre güçsüzlük; bireyin günlük aktiviteleri gerçekleştirmek için gerekli fiziksel gücünün olmaması ve rehabilitasyon sürecine katılmaması ile işlevsel ve bilişsel yetersizliğe bağlı duygusal tepki olarak tanımlanmaktadır (3).

Güçsüzlük kavramı, 1950’lerden günümüze kadar sosyoloji, siyasi bilimler, psikoloji, tıp, hemşirelik gibi birçok disiplinin literatüründe tartışılmıştır (25, 26). Hemşirelik literatüründe güçsüzlük kavramını keşfeden ilk kuramcılardan biri Dorothy Johnson’dır. Johnson’ın güçsüzlüğü, belirli olaylar veya durumlarda kişisel kontrolün algılanan eksikliği olarak tanımlamış ve hastalarda tanımlanmayan güçsüzlüğün özellikle hemşirelik müdahalelerinin etkinliğini azaltacağını vurgulamıştır (27). Bir diğer hemşirelik kuramcısı Miller’a göre güçsüzlük, bireylerin eylemlerin sonucunu etkilemek için hareket

etme kapasitesinden veya yetkisinden yoksun olma düşüncesidir (20). Braga ve Cruz ise güçsüzlüğü, bireyin kişisel kontrolünü sağlayamadığı, mevcut ve gelecekteki olaylarla baş edemediği psikolojik deneyim olarak ifade etmektedir (13).

Hemşirelikte güçsüzlük tanısı, 1982 yılında NANDA-I taksonomisine dahil edilmiştir. NANDA-I tarafından güçsüzlük, bireyin refahı, yaşamı ve toplumu etkileyen faktörler ve olaylar üzerinde kontrol veya etki kaybı algısı olarak tanımlanmıştır (12). Güçsüzlük algısı, bireysel özellikler ve deneyimler, bilişsel, duygusal ve kültürel faktörler gibi birbiriyle ilişkili çok boyutlu kavramları içeren öznel bir olgudur (13).

Güçsüzlük tanımları genel olarak incelendiğinde, bireylerin yaşamında veya olaylar üzerinde kendi kontrolünün olmadığı ve eylemlerinin sonuçlarını etkileyemediği algısı olarak tanımlanmaktadır. Bu açıdan güçsüzlük oluşumunu etkileyen en önemli faktör; kontrol eksikliği veya kaybıdır (28). Kontrol, kişinin çevresi ve durumu üzerinde güç sahibi olma durumudur (29). Kişisel kontrol, kişinin bir durumu veya olayı düzenleme, yönlendirme veya hükmetme becerisine ilişkin algısını ifade eder (30). Bireye bağımsızlık ve güven duygusu verir (31). Kontrol etme yeteneğini sahip kişiler, daha güçlü, yetkin, etkili ve rahatsız edici durumları değiştirmek için harekete geçebilecek kişilerdir (31). Dolayısıyla, hastalık semptomlarını kontrol altına almak için baş etme mekanizmalarını kullanan kişiler, daha olumlu bir bakış açısına sahiptir ve daha az güçsüzlük duygusu yaşarlar (32). Bununla birlikte hastalık anında kötüleşen bir fizyolojik durumu kontrol etmek her zaman mümkün olmayabilir (33). Bu durum bireylerde güçsüzlük duygusunu artırmaktadır (28). Aynı zamanda hastaların, hastalık ve tedavi ile ilgili konularda yaşadığı kontrol eksikliği güçsüzlük duygusunun daha çok artmasına neden olmaktadır (34). Dolayısıyla bireyin hastalığını yönetebilmesi için sağlıkla ilgili davranışları üzerinde öz yeterliliğinin ve kontrolünün güçlendirilmesi önemlidir (35).

2.2. Güçsüzlükle İlişkili Duygular

Bireylerde birçok olumsuz duyguya sebebiyet veren güçsüzlük, birincil ve ikincil temel duygulardan oluşmaktadır. Güçsüzlüğün duygusal temelini oluşturan birincil duygular; üzüntü, korku, kabul ve beklenti olarak tanımlanırken, ikincil temel duygular; kadercilik, karamsarlık, teslimiyet ve kaygı olarak tanımlanmaktadır (36).

Üzüntü; bedeni ve zihni etkileyen, birkaç saniyeden birkaç saate kadar sürebilen ve insanlarda yaygın olarak yaşanan bir duygudur (37). İnsanlarda üzüntü, bilişsel/öznel süreçlerin yanı sıra belirli davranışlar (sosyal izolasyon, motivasyon düzeyinin düşmesi,

isteksizlik, duruşun çökmesi), tipik bir yüz ifadesi (göz kapaklarının sarkması, gözlerin aşağı bakması, dudak köşelerinin aşağıya çekilmesi, kaşların çekik olması) ve fizyolojik değişiklikler (nabız ve solunum hızında değişiklik) ile karakterize edilmektedir (37). Üzüntünün sürekli olması ise bireylerde psikolojik bozuklara neden olabilecek güçsüzlük algısının yaşanmasına neden olmaktadır (36, 37). Aynı zamanda üzüntü yaşayan bireyler, çevresinde olup bitenleri kendi eylemlerinin bir çıktısı olarak görmekten ziyade, dış güçler ve şans tarafından yönetildiğini düşünebilir. Bu durum, bireylerde çevresi üzerinde kişisel kontrolünün eksikliğine veya olmamasına, dolayısıyla üzüntü algısının artarak güçsüzlük algısının gelişmesine sebep olmaktadır (36).

Korku; mevcut bir tehlikeye (hastalık vb.) veya sosyal hiyerarşinin olumsuz deneyimine verilen bir tepkidir (36). Ayrıca korku, potansiyel tehdide karşı uyarlanabilen ve harekete geçmeyi teşvik eden bir duygudur (38). Ancak korku potansiyel tehdide göre iyi ayarlanmadığında uyumsuz olabilmekte ve psikolojik olarak endişe, kaybetme ve zarar görme duygusunun yaşanmasına neden olmakta; fizyolojik olarak solunum, nabız, kan basıncı ve stres hormonlarının salınımı artırmaktadır (36, 39). Bununla birlikte karar verme ve hafıza gibi farklı bilişsel süreçleri etkileyerek bireyin güçsüzlük yaşamasına neden olabilmektedir (36). Korku, hasta bireylerde ise sağlık çalışanları tarafından azarlanma, tedavinin aksaması ve iyileşememe gibi korkular yaşamasından dolayı harekete geçmesini ve sorunlarını dile getirmesini engelleyerek güçsüzlük algısını artırabilir (36, 40).

Kabul; duyguları, düşünceleri ve bedensel duyumları değiştirmeye, kontrol etmeye veya onlardan kaçınmaya çalışmadan onları deneyimlemeyi içeren bir davranıştır (41). Literatürde kabullenme, olumlu bir duygu olarak kabul edilse de güçsüzlük yaşayan bireyler, yaşadığı travmatik bir olaydan kaçamaz, kendini önemsiz ve güçsüz olarak kabul etmek ve uyum sağlamak zorunda kalır. Dolayısıyla kabul duygusunu yaşayan bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığı olumsuz yönde etkilenmiştir (36).

Beklenti; hasta bireylerde tedaviden kaynaklanan sonuca ilişkin düşüncelerdir (42). Bu tür düşünceler, tedaviye uyum sağlamak, iyi olacağına inanmak gibi olumlu ve umudu olmamak gibi olumsuz beklentileri içerebilir (43). Hasta bireylerde olumsuz beklentiler, tedaviye katılma konusunda düşük motivasyona ve tedavinin yardımcı olabileceğine dair düşüncelerin veya inançların olmaması, güçsüzlüğün gelişmesine veya artmasına neden olurken (36, 43), olumlu beklentiler, tedavi sürecini iyi yönde etkileyebilir (43).

Kadercilik; normalde bir duygu olarak görülmez ancak duygusal içeriğe sahiptir. Kadercilik, kaynakların kişinin kendi çabasıyla değil, bir dış etken tarafından elde edildiğine dair beklenti durumudur. Kadercilik bireyin, her ne olursa olsun kabullenmekten başka seçeneğinin olmaması anlamına gelmektedir (36). Bu kapsamda kadercilik duygusu, bireyin sağlığı ve hastalığı üzerinde kontrolünün olmamasına ve böylece güçsüzlük yaşamasına neden olmaktadır (44).

Karamsarlık Türk Dil Kurumu tarafından “olayların en kötü yönlerini görme veya en kötüsünün olacağına inanma eğilimi” olarak ifade edilmektedir (18). Karamsarlık, olumsuz duygulanımla ilişkilendirilmiştir ve rahatsız edici duygusal durumların ve zayıf psikolojik uyumun habercisi olduğu bilinmektedir (45). Bununla birlikte geleceği kendi kontrolleri dışında tutan güçsüz bireyler, gelecekleri hakkında karamsar bir bakış açısına sahip olabilir (36) ve hastalığa ve tedaviye uyum sağlamada etkisiz baş etme mekanizmalarını kullanırlar (45, 46).

Teslimiyet; bireyin çözülemeyen durumlar karşısında engellere takılıp kalması, vazgeçmesi ve teslim olması ile ortaya çıkan bir duygudur (47). Teslimiyet duygu değil bir davranış türüdür. Ancak yine de üzüntü ve kabullenme gibi belirlenebilen duygusal içeriklere sahiptir (36).

Üzüntü ve kabullenme duygusu ile teslimiyet davranışı gösteren hasta bireyler, sağlığı korumak veya geliştirmek için çaba göstermenin yalnızca başarısızlık ve hayal kırıklığına yol açacağını öngören güçsüzlük algısını yaşamaktadır (36).

Kaygı, Türk Dil Kurumu tarafından “genellikle kötü bir şey olacaktıymış düşüncesiyle ortaya çıkan ve sebebi bilinmeyen gerginlik duygusu” olarak tanımlanmaktadır (18). Kaygı; korku, beklenti ve güçsüzlük gibi birbiriyle bağlantılı duyguların bir araya gelmesiyle karakterizedir. Bununla birlikte birey, içinde bulunduğu bir durum karşısında kendini güçsüz olarak algılaması sonucunda kaygı yaşamaktadır (36).

Tüm bu bilgiler ışığında, güçsüzlük hem bilişsel hem de duygusal yönleri olan bir algıdır (36). Bu bağlamda üzüntü, korku, kabul, beklenti kadercilik, karamsarlık, teslimiyet ve kaygı gibi duygular, güçsüzlük algısının gelişmesinde veya var olan güçsüzlük algısının sürdürülmesinde önemli bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.3. Güçsüzlük Kuramları ve Modelleri

Güçsüzlük ile ilişkili kuramlar; Güçsüzlük Modeli, Güç ve Güçsüzlük Kuramı, Kendi Kaderine Tayin Kuramı, Bilişsel Uyum Kuramı, Yabancılaşma Kuramı, Güç Kaynakları Modeli şeklinde ele alınabilir.

2.3.1. Güçsüzlük Modeli

Bu model, 1993 yılında White ve Roberts tarafından ortaya konmuştur. Bu modelde güçsüzlük, kişinin kontrol kaybı algısı olarak tanımlanmaktadır. Güçsüzlük modeli, kontrolün kaybedildiği dört temel alanları göstermektedir. Bu alanlar; fizyolojik, bilişsel, çevresel ve karar verici alandır (48).

Fizyolojik kontrolün kaybı, kişinin fiziksel semptomlarını kontrol edememesidir. Birey, yaşadığı fiziksel semptomları anlamadığında bilişsel kontrol kaybı ortaya çıkar. Bilişsel kontrol, bireyin duyular yoluyla elde ettiği bilgilere dayanarak yaptığı değerlendirmeleri ve ulaştığı sonuçları içermektedir. Bununla birlikte bilişsel kontrol, bireyin dikkatini tehdit edici olaya odaklayarak olası zararı önlemeye yönelik düşünmeyi sağlar. Bilişsel kontrol hem duyusal hem de değerlendirmeyi ifade eder. Duyusal bilişsel kontrol, zihinde bir görüntü yaratarak meydana gelen olaylardan hangi duyguların beklenmesi gerektiği algısını oluşturmaktadır. Duyusal bilişsel kontrolün kaybı güçsüzlüğe yol açar (48).

Çevresel kontrolün kaybı, kişinin nerede olduğunu veya başına neler geldiğini kontrol edemediği duygusudur. Güçsüzlük, bireyin çevreyi keşfedememesinden veya sağlık personellerinin kendisi adına karar vermesinden dolayı ortaya çıkmaktadır. Birey, çevreyi keşfetme ve değiştirme konusunda kendini yetersiz gördüğünde güçsüzlük yaşamaktadır (48).

Karar kontrol kaybı, hastanın kendisi veya bakımı için karar verme gücünü kaybetmesidir. Karar kontrolü; bireyin belirli bir durumdaki kullanabileceği seçenekler aralığı ve seçeneklerin sayısı olarak tanımlanır. Bu modelin güçsüzlük boyutlarında kontrolü kaybetme düşüncesi her zaman mevcuttur (48).

2.3.2. Güç ve Güçsüzlük Kuramı

Güç ve güçsüzlük kuramı, Gaventa tarafından 1980 yılında boyun eğme davranışı ile açıklanmıştır. Teoriye göre güç ve güçsüzlük, üç boyut olarak ele alınmıştır. Birinci boyut; tüm insanların, görüşlerini ifade etme ve kararları etkileme konusunda eşit fırsatlara

sahip olduğu temel çoğulcu düşünceye dayanmaktadır. İkinci boyut, bireyin çevresini güçlü olarak algıladığında karar verme mekanizması etkilenir ve harekete geçme yeteneğini azaltır. Birinci ve ikinci boyutta yenilgiye uğrayan birey, üçüncü boyutta psikolojik olarak güçsüz rolünü kabul ederek bu duruma uyum sağlar. Uyum, güçsüzlerin güçlülerin değerlerini, inançlarını ve kurallarını içselleştirerek, suçluluk ve değersizlik duygularına kapılmalarına ve sonunda güçsüzlük yaşamalarına neden olmaktadır (49, 50).

2.3.3. Kendi Kaderini Tayin Kuramı

Kendi kaderini tayin kuramı, Ryan tarafından 1980’li yılında ortaya atılan yaklaşımdır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde yaygın olarak kullanılan bir yaklaşımdır. Teori özellikle istemli veya kendi kararını veren davranışlara ve bunu teşvik eden sosyal ve kültürel koşullara odaklanmaktadır. Bu teori, yeterlilik, ilişki kurma ve özerklik olmak üzere üç temel psikolojik ihtiyacı ele almaktadır (51).

Bu psikolojik ihtiyaçlar, evrenseldir ve tüm insanların optimal sağlığa ulaşması için bu temel ihtiyaçlarının karşılanması gerekir. Bu bağlamda yeterlilik ihtiyacı, bireyin değişen durumlara uyum sağlayabilme ve harekete geçebilme yeteneğidir. İlişki kurma ihtiyacı, bireyin bağlılık, güvenlik, ait olma ve yakınlık duygularını aradığı sosyal dünyayla bütünleşmesidir. Özerklik ise bireyin kendi kendine organize olma durumudur. Özerk bireyler, değişen koşullara uyum sağlayabilmek için davranışlarını, ihtiyaçlarına ve mevcut kapasitelerine göre daha iyi düzenleyebilir, sürdürebilir ve önceliklendirebilir (51). Dolayısıyla kendi kaderini tayin edemeyen bireylerde güçsüzlük algısı gelişebilir.

2.3.4. Bilişsel Uyum Kuramı

Bu kuram, 1983 yılında Taylor tarafından ileri sürülmüştür. Bireyin anlam arayışı, yaşamı üzerinde kişisel kontrolünü kazanma çabası ve kendini geliştirmeye yönelik girişimi, bu kuramın temelini oluşturmaktadır. Artan kişisel kontrol duygusu, hastalıklara olumlu uyumu sürdürmenin bir yolu olarak kullanılabilir. Ayrıca semptomların alevlenmesi veya hastalığın ilerlemesi gibi hastalıkla ilgili stres etkenleriyle başa çıkmayı kolaylaştırabilir. Buna karşın kişisel kontrolün yetersizliği bağımlılığa ve güçsüzlüğü neden olabilir (52).

2.3.5. Yabancılaşma Kuramı

Seeman tarafından 1959 yılında öne sürülen bu kuramda, bireylerin olaylar veya düşünceler üzerinde kontrol sahibi olmaması durumunda yabancılaşma gerçekleşeceği

vurgulanmaktadır (53). Kuram yabancılaşmayı; güçsüzlük, anlamsızlık, normsuzluk, sosyal izolasyon ve kendine yabancılaşma olmak üzere beş kavram ile açıklamıştır (54).

Bu kuramda güçsüzlük, olayları ve sonuçları kontrol etme konusunda hissedilen bir yetersizliktir. Yabancılaşmanın ikinci boyutu olan anlamsızlık; Seeman tarafından içsel bir belirsizlik durumu olarak tanımlanmıştır. Aynı zamanda anlamsızlık; amaçsızlığı, herhangi bir amacının olmayışını da temsil etmektedir. Burada birey, neye inanması gerektiği konusunda belirsizlik ve karar vermede yetersizlik yaşamaktadır. Normsuzluk, bireyin davranışını düzenleyen toplumsal kuralların bozulması veya toplumsal kuralların davranış üzerinde etkili olmadığını düşünmesidir. Yalıtılmışlık, bireyin toplumsal uyuma karşı eksikliği olarak tanımlanmaktadır. Yalıtılmış bireyler, belirli bir toplumda genellikle değer verilen hedeflere veya inançlara ilgi göstermez ve düşük değer atfederler. Kendine yabancılaşma; birey, kendini dünyanın merkezi/ kendi eylemlerinin yaratıcısı olarak görememektedir ancak eylemlerine ve sonuçlarına itaat ettiğini düşünmektedir. Bu görüşe göre kendine yabancılaşma, bireyin kendisini meşgul eden ve kendini tamamlayan faaliyetleri bulma konusundaki yetersizliği olarak tanımlanmaktadır (54).

Bu doğrultuda bireyin yaşadığı bir durum, kontrole izin vermediğinde (güçsüzlük), bir amaç duygusu uyandırmadığında (anlamsızlık), toplum kurallarına uymadığında (normsuzluk) veya daha büyük özdeşleşmeyi (izolasyon) teşvik etmediğinde birey kendine yabancılaşmış demektir (54).

2.3.6. Güç Kaynakları Modeli

Miller tarafından 1992 tarihinde ortaya atılan bu modelde, güç tüm bireylerde mevcut olan bir yaşam kaynağı olarak tanımlamakta ve bireylerin değişen derecelerde yedi güç kaynağına sahip olduğunu ileri sürmektedir. Bu kaynaklar; fiziksel güç ve rezerv, psikolojik dayanıklılık ve sosyal destek, pozitif benlik saygısı, enerji, bilgi ve iç görü, motivasyon ve inanç sistemidir (20).

Fiziksel güç, bireyin hem optimal fiziksel işlev için bedensel kapasitesini hem de fiziksel kaynaklarını ifade etmektedir. Bireyin fiziksel durumu herhangi bir hastalıktan etkilendiğinde, hareket etme gücü azalmaktadır. Dolayısıyla bireyin fiziksel gücü etkilenmiş olacaktır. Ayrıca fiziksel kaynaklar, vücudun tehlikeler veya tehditler karşısında dengeyi koruma yeteneğidir (20).

Psikolojik güç; sadece insanlarda olan bir dayanıklılık kaynağıdır (Miller, 2000). Yaşanan krizlere, hastalıklara ve belirsizliklere rağmen bazı kişiler, psikolojik dengeyi koruyabilmektedir. Bazıları için tehdit olarak görülebilecek bu durumlar, olumlu veya güçlendirici olarak anlamlandırılmaktadır. Sosyal destek, ilişkilerdeki bağların kalitesini, sosyal bütünleşmeyi, kişinin bağ kurmak için sahip olduğu fırsatları, güvenilir bağlılık duygusu ve güvendiği insanlardan destek alma algısıdır. Ek olarak sosyal destek, somut desteği (günlük yaşam aktivitelerine yardım için araçsal destek), duygusal desteği ve bilgi desteğini içeren sosyal destek türleridir (20).

Benlik kavramı, bireyin kendisi ile ilgili duygu ve düşüncesidir. Benlik kavramının bileşenleri arasında fiziksel 'ben' (benlik imajı), işlevsel 'ben' (rol yapma), kişisel 'ben' (ahlaki benlik, ideal benlik, benlik beklentileri) ve benlik saygısı yer almaktadır. Benlik sisteminin tüm yönleri ile ilgili olarak bir benlik saygısına ihtiyacı vardır. Bu nedenle benlik saygısı, benlik kavramının çok önemli bir bileşeni ve işleyişin belirleyicisidir. Kendini değerli hissetmek, sağlığı elde etmek için harekete geçmenin temelidir. Bireylerde kişilik doğası benlik kavramını etkiler. Bu konuyla doğrudan ilgili olan bir kişilik özelliği de kontrol odağıdır. Çünkü iç kontrol odaklı bireyler, olumlu ve olumsuz yaşam olaylarını, kontrolleri altında kendi eylemlerinin bir sonucu olarak algılamak, dış kontrol odaklı bireyler, yaşam olaylarını kendi davranışlarıyla ilgisiz ve bunun yerine şansa, kadere veya başkalarının güçlerine bağlı olarak algırlar (20).

Enerji; sistemin bir işi yapabilme yeteneğidir. Potansiyel enerji, depolanmış enerjidir. İnsanlarda besinler, su, dinlenme ve motivasyonla elde edilen enerji üretimi ile tüketimi arasında bir denge olması gerekir. Enerji, fiziksel durumları iyileştirmek veya düzeltmek, günlük yaşamın talepleriyle ve olağandışı stresle baş edilmek için harcanır. Aynı zamanda öğrenme, çalışma, büyüme ve gelişme için harcanır (20).

Bilgi, belirsizliği azaltan bir düzenleyicidir. Bireylerin sağlık durumları ile ilgili bilgisi ve olaylara anlam yüklemesi, durum üzerinde kontrol hissetmesine izin vererek bir güç kaynağı oluşturmaktadır. İç görü, semptomları kontrol etmek, psikolojik dengeyi korumak ve uygun eylemi gerçekleştirmek için fiziksel ve psikolojik belirtileri algılama ve yorumlama yeteneğidir. Bireyin semptomlara ve tedaviye karşı bu duyarlılığa sahip olması, bireyi semptomları kontrol etmek ve krizleri önlemek için harekete geçme konusunda güçlendirir (20).

Motivasyon; bireyin çevresini sadece kendi ihtiyaçlarını tatmin etmesi için kullanması değil, aynı zamanda çevresini yönetme yeteneği olarak ele alınmaktadır. Motivasyon, bireyleri güçlendirmek için davranışları etkileştirmenin bir yönüdür (20).

İnanç sistemi; bireyin kendi yeteneklerine, tedavi ve bakım sağlayıcılara, terapötik rejimlere ve dine olan inancını ifade etmektedir. İnanç ve umudun varlığı, bireyin algılanan bir kontrol duygusuna sahip olmasını sağlayarak terapötik duyguları iyileştirebilir (20).

Miller'a göre kendini güçsüz olarak algılayan bireylerin bu kaynaklardan bir veya birkaçında eksiklik var demektir. Yetersiz güç kaynakları arttıkça, güçsüzlük derecesi de artmaktadır. Buna karşın, tam olarak kullanılan güç kaynakları, maksimum güçlenme algısı ve hastanın hastalıkla ilgili deneyimini iyileştirecektir (20).

2.4. Hastalarda Güçsüzlüğün Önemi ve Hemşirenin Rolü

Hastaların bilgi eksikliği yaşaması, sağlıkla ilgili kararlara katılamaması, kendi fikirlerini ifade edememesi, yeterli bakıma ve sosyal desteğe erişememesi, yaşadığı hastalığın ciddiyeti ve beklenmedik seyri, hayata bakış açılarını değiştirebilir (1, 55). Bu durum hastalığa dönüşebilir, kontrol kaybı ve güçsüzlük algısını ortaya çıkarabilir (3, 55). Güçsüzlük algısı yaşayan hastalar ise iyileşmek için gerekli davranışları başlatmada, kendini motivasyondan yoksun hissedip pes etme eğilimindedirler (1). Çünkü güçsüzlük, hayal kırıklığı, yetersizlik ve umutsuzluk duygularını beraberinde getirmektedir (9). Bu kapsamda sağlığın bozulmasının temel nedeni olarak adlandırılan güçsüzlük algısı, depresyonla ilişkilendirilmiştir (56). Bunların yanı sıra güçsüzlük algısı, hasta bireylerin günlük yaşam aktivitelerini kötü yönde etkileyerek, hastaneye yeniden yatışları artırmakta, iyileşme süresini uzatmakta, morbidite ve mortalite oranlarında artışa neden olmaktadır (57). Literatürde alt ekstremitte ülseri tanısı alan (57), travma geçiren bireyler (58), yoğun bakım hastaları (59) ve kalp hastaları (1) gibi birçok hasta grubunun güçsüzlük algısını deneyimlediği gösterilmiştir. Buna karşın tanımlanmamış güçsüzlük algısı, hastalar açısından acı bir deneyim, hemşirelik bakımı açısından ise endişe verici bir durumdur (3).

Bu doğrultuda Kuzey Amerikan Hemşireler Birliği (NANDA), güçsüzlüğü bir hemşirelik tanısı olarak ele almıştır. Bu kapsamda güçsüzlük, genellikle sağlık sorunları ile ortaya çıkan, yaşanan mevcut bir durum üzerinde kontrol eksikliği ve yetersizlik ile sonuçlanan duygusal bir deneyim olarak tanımlanmıştır (60). Güçsüzlük yaşayan hasta bireyler, güvensizlik, kendine inanmama, karar vermede bağımlılık, kontrol kaybı hissi ve başarısız olma gibi olumsuz duygular yaşayabilirler (60). Ayrıca tıbbi bilgi eksikliği

yaşamaları ve kendi bedenleri üzerinde kontrollerini kaybetmesi, güçsüzlük algısının gelişmesine ve artmasına neden olmaktadır (61). Bu bağlamda güçsüzlük, bakım verici hemşire tarafından tanımlanmadığında, hasta ihtiyacı olan hemşirelik bakımını alamamakta ve güçsüzlük algısı artarak hastanın yaşamını tehdit etmeye devam etmektedir (3). Dolayısıyla güçsüzlük algısı tanımlanmış hasta bireylerin güçlendirilmesi gerekmektedir (55).

Hastanın güçlendirilmesi, hemşireliğin önemli bir rolüdür ve hastanın gücü, profesyonel hemşirelik bakımında çok önemli bir faktördür (62). Hemşireler, hastaların bakıma ve bakıma ilişkin kararlara katılımını sağlayarak hastalardaki kontrol kaybının ve güçsüzlük algısının gelişiminin önüne geçmektedir (5). Ayrıca hastanın dinlenilmesi, kabul görmesi ve birey olarak ele alınması, hastalığı ve tedavisi hakkında bilgi verilmesi, hastalık yönetimi dışındaki faaliyetlere katılması güçsüzlük algısını azaltmaktadır (16). Hastada güçlendirilmiş duygular, zihinsel sağlığını, ağrıyı ve kronik hastalık yönetimini olumlu yönde etkileyerek motivasyonu, memnuniyeti ve konfor düzeyini artırmaktadır (16, 63). Dolayısıyla güçsüzlük algısı doğru anlaşılıp değerlendirildiğinde önemli bir değişim ve gelişim faktörü olmaktadır (64). Bu kapsamda hemşirelerin, hastalarına güç kazandırabilmeleri için güçsüzlüğe yönelik semptomların farkında olması (55, 61) ve ayrıca güçsüzlüğün hasta bireyin günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etkisini en aza indirmek için olumlu duygular geliştirmeyi amaçlayan girişimlerin planlanmasında güçsüzlük algısını değerlendirerek tanımlaması önemlidir (2).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu metodolojik çalışma, hasta ve hemşirelerin değerlendirmesi ile hastaların güçsüzlük düzeylerinin belirleneceği geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirmek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın temel bileşenler analizi, Yozgat'taki bir üniversite hastanesinde, doğrulayıcı faktör analizi ve güvenirlik testleri aynı ilde bulunan bir kamu hastanesinde yürütülmüştür. Araştırma 22 Kasım 2022 tarihinde başlamıştır ve 04 Haziran 2024 tarihinde bitmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırmanın yapıldığı hastanelerin tanıtıcı özellikleri

Hastaneler	YBÜSUAH	YŞH
Hastanenin türü	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Devlet Hastanesi
Yatak sayısı	475	475
Hemşire sayısı	351	218
Aylık yatan hasta sayısı	1637	1960

YBÜSUAH: Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, YŞH: Yozgat Şehir Hastanesi

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Yozgat il merkezinde toplam iki hastanede çalışan tüm hemşireler (N=569) ve bir ayda bu hastanelere yatan tüm hastalar (N=3597) oluşturmaktadır. Araştırmada temel bileşenler analizinin (TBA) örneklemi üniversite hastanesinde çalışan ve araştırmaya kabul edilme kriterlerine uyan 304 hemşire ve 309 hasta olmak üzere toplamda 613 katılımcı oluşturmuştur. Doğrulayıcı faktör analizinin (DFA) örneklemi ise Yozgat il merkezindeki kamu hastanesinde görev yapan ve araştırmaya kabul edilme kriterlerine uyan 165 hemşire ve 166 hasta olmak üzere toplamda 331 katılımcı oluşturmuştur. Bununla birlikte Erkuş faktör analizlerinde yeterli örneklem belirlenmesinde ölçek maddelerinin 5-10 katı alınabileceğini bildirirken (65), Çokluk ve arkadaşları örneklem için 50 kişinin çok zayıf, 100'ün zayıf, 200'ün orta, 300'ün iyi, 500'ün çok iyi ve 1000'nin mükemmel (66) olduğunu bildirmektedir.

Test-tekrar test analizinin örnekleme için 30 katılımcıdan daha fazlası ile yürütülmesi önerilmektedir (67). Bu kapsamda bu çalışmada ise Yozgat il merkezindeki hastanelerde çalışıp temel bileşenler ile doğrulayıcı faktör analizi örneklemelerinde yer almayan 20 hemşire ve 20 yatan hasta olmak üzere toplamda 40 katılımcı oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Araştırma dahil edilme ölçütleri: Hastalar için klinikte yatmak, genel durumu stabil, 18 yaş ve üstü, okuryazar olmak ve çalışmaya katılmayı kabul etmektir. Hemşireler için araştırmanın yapılacağı hastanelerde ve klinikte en az 3 ay hemşire pozisyonunda çalışmak, çalışmaya katılmayı kabul etmek, veri toplandığı süreçte izinli veya raporlu olmamaktır.

Araştırma dışlama ölçütleri: Hastalar için bilincinin kapalı veya mental yetersizliğe ve iletişim kurma gücüne sahip olmak, bir ay içerisinde hayatında önemli bir değişiklik yaşamaktır (boşanma, ölüm vb.). Hemşireler için hastanelerde geçici görev ile bulunmaktadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri; hastalar ve hemşireler için kişisel bilgi formları ve taslak olarak hazırlanan hastalarda güçsüzlük değerlendirme ölçeği ile toplanmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formları

Hastalar için kişisel bilgi formu; literatür doğrultusunda (3, 5, 7, 9, 13, 68) araştırmacılar tarafından geliştirilip, hastaların cinsiyeti, yaşı, medeni, eğitim, çalışma ve gelir durumu ile kronik hastalık varlığı/yokluğuna ilişkin yedi soru içermektedir (Ek 1).

Hemşireler için kişisel bilgi formu; araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır ve hemşirelerin cinsiyeti, yaşı, medeni ve eğitim durumu, mesleki deneyimi, görev aldıkları klinik ve çalışma süresine ilişkin yedi sorudan oluşmaktadır (Ek 2).

3.5.2. Taslak Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeği

Taslak HGDÖ, hasta ve hemşirelerin değerlendirmesi ile hastaların güçsüzlük düzeylerini belirlemek için araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda (3, 5, 15, 56, 68-82) oluşturulmuştur. Taslak ölçek; Miller'in Güç Kaynağı Modeline temellendirilerek 7 alt başlıkta ve 85 madde içerecek şekilde hazırlanmıştır (20). Beşli Likert tipindeki taslak

ölçek; 1= kesinlikle katılmıyorum, 2= katılmıyorum, 3= kararsızım, 4= katılıyorum ve 5= kesinlikle katılıyorum şeklinde puanlanacak şekilde düzenlenmiştir.

3.6. Veri Toplama Süreci

Araştırma verileri, kurum ve etik kurul izinleri alındıktan sonra 22 Kasım 2022- 2 Aralık 2023 tarihleri arasında yüz yüze toplanmıştır (Tablo 2). Verileri toplamadan önce araştırmaya kabul edilme kriterlerini sağlayan hemşire ve hastalara araştırmanın amacı, veri toplama araçları ve yanıtlama süresi, kişisel bilgilerin gizli kalacağı ve elde edilen verilen araştırma kapsamı dışında kullanılmayacağı konusunda bilgi verilerek yazılı onamları alınmıştır. Sonrasında kişisel bilgi formları ve HGDÖ dağıtılıp aynı gün içinde elden toplanmıştır. Elde edilen veriler, araştırmacılar tarafından istatistiksel analiz programlarına girilmiş, veri hatası olup olmadığı kontrol edilip bir istatistik uzmanı ile iş birliği içinde analiz edilmiştir.

Tablo 2. HGDÖ'nün geliştirme aşamaları ve veri toplama süreci

Tarih	Ölçek Geliştirme ve Veri toplama Süreci
01.08.2022-02.12.2023	Birinci Aşama – HGDÖ'nün Geçerlik ve Güvenirliğinin Sağlanması
01.08.2022-15.11.2022	Literatür doğrultusunda taslak HGDÖ'nün maddeleri oluşturuldu.
22.11.2022-22.03.2023	- Taslak HGDÖ'nün yüzey ve kapsam geçerliliğinin sağlanması - Yüzey geçerliliği için yakın arkadaş çevresi/akran ve uzman olmayan diğer bireylerin görüşleri alındı. - Lawshe Tekniği ile hemşirelik alanında 16 uzmanın görüşü alınıp HGDÖ'nün yüzey geçerliği ile eş zamanlı kapsam geçerliliği yapıldı. - Bir Türk Dili uzmanının görüşü alındı. - Pilot çalışma için 30 yatan hastadan ve 30 hemşireden veri toplandı. Güvenirlik analizi yapıldı.
25.03.2023-28.06.2023	- Taslak HGDÖ'nün yapı geçerliği kapsamında TBA için 309 yatan hastadan ve 304 hemşireden veri toplanıp analiz edildi. - Güvenirlik analizleri yapıldı.
01.07.2023-26.09.2023	HGDÖ'nün yapı geçerliği kapsamında DFA için 166 yatan hastadan ve 165 hemşireden veri toplandı ve analiz edildi.
01.10.2023-01.11.2023	DFA sonrası HGDÖ'nün güvenirlik analizi yapıldı.
05.11.2023	HGDÖ'ye 24 madde ile son şekli verildi.
15.11.2023-02.12.2023	Test tekrar test için HGDÖ'nün güvenirliği için veri toplanıp analiz edildi.
03.12.2023-05.01.2024	İkinci Aşama- Hasta ve hemşirelerin demografik özellikleri ve HGDÖ Puanlarının Belirlenmesi
06.01.2024-10.01.2024	- Hastaların ve hemşirelerin demografik özellikleri belirlendi. - Hastaların ve hemşirelerin demografik özelliklerine göre HGDÖ puanları karşılaştırıldı.
12.01.2024-15.04.2024	Üçüncü Aşama- Araştırma sonuçlarının raporlandırılması

3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırmada, DFA analizi AMOS 21 programı ile diğer analizler ise SPSS for Windows 25.0 programı ile analiz edilmiştir. Veri analizinde kullanılan yöntemler Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. HGDÖ'nün geliştirilmesinde kullanılan testler ve yöntemler

Analiz Türleri	Kullanılan Testler ve Yöntemler
Yüzey geçerliği	Madde havuzunun oluşturulması Hemşirelerden ve hastalardan görüş alınması Uzman görüşü alınması Pilot uygulama
Kapsam geçerliği (Lawshe Tekniği)	Yüzdelik dağılımı Ortalama testleri Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ)
Normal dağılım	Kurtosis ve Skewness değerleri
Yapı geçerliği	Temel Bileşenler Analizi kapsamında (TBA) - Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO) - Barlett Testi - Anti-İmaj Korelasyon Testi - Temel Bileşenler Analizi - Varimax Döndürme Testi - Yamaç Grafiği/Scree Plot Grafiği - Ortalama ve Standart Sapma Doğrulayıcı Faktör Analizi kapsamında (DFA) - Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO) - Barlett Testi - Anti-İmaj Korelasyon Testi - Düzeltilmiş Kikare İstatistiği (X^2/Sd) - Uyum İndeksi (GFI) - Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI) - Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA) - Standartlaştırılmış Ortalama Hataların Karekökü (SRMR) - Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI) - Tucker-Lewis İndeksi (TLI) - Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (ICC) - Ortalama Açıklanan Varyans (AVE) - Yapı Güvenirliği (CR) - Maksimum Paylaşılan Değer (MSV) - Ortalama Paylaşılan Değer (ASV)
Madde ayırt edicilik	%27 'lik Alt ve Üst Çeyreklik için Bağımlı Gruplarda t-testi
Güvenirlik	Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı Madde Toplam Korelasyon Analizi Yarıya Bölme Yöntemleri (Spearman-Brown ve Guttman Split-Half Analizi)
Zamana karşı tutarlılık	Test-Tekrar Test Yöntemi için - Bağımlı Gruplarda t-testi - Pearson Korelasyon Analizi
Hemşirelerin demografik özelliklerine göre HGDÖ puanlarını karşılaştırma	Sıklık ve Yüzde, Ortalama Kurtosis ve Skewness değerleri t testi/ANOVA

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma sonuçları, Yozgat il merkezindeki bir üniversite hastanesinde ve bir kamu hastanesinde çalışan hemşire ve yatan hastaların görüşleri ile sınırlıdır. Ayrıca çalışmada, güçsüzlüğe ilişkin benzer ölçek olmamasından dolayı benzer ölçek geçerliğinin yapılmaması çalışmanın bir diğer sınırlılığıdır.

3.9. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yürütülebilmesi için Yozgat Bozok Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinden 19 Ocak 2022’ de, Yozgat Şehir Hastanesinden ise 20 Ocak 2022’de kurum izni alınmıştır (Ek 3). Daha sonra Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan 22 Kasım 2022 tarihinde E-13562490-199-312062-36 sayılı yazı etik kurul onayı alınmıştır (Ek 4). Ayrıca çalışmada, araştırmaya katılan hasta ve hemşirelerden yazılı onam alınmıştır (Ek 5).

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları; HGDÖ'nün geçerlik bulguları, HGDÖ'nün güvenirlik bulguları, HGDÖ'nün son yapısı ve hesaplanması, hastaların ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile HGDÖ bulguları şeklinde dört alt başlıkta ele alınmıştır.

4.1. Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlik Bulguları

HGDÖ'nün geçerlik bulguları; yüzey ve kapsam geçerliği ile yapı geçerliği başlıklarında sunulmuştur.

4.1.1. Yüzey Geçerliği

Çalışmada, HGDÖ'nün ilk olarak yüzey geçerliği sağlanmaya çalışılmıştır. Bu kapsamda çalışmada, taslak HGDÖ'nün ilk olarak madde havuzu oluşturulmuş, sonra taslak ölçek hakkında araştırmacının akran/yakın çevresindeki arkadaşlarının, ardından araştırmada hedef grup olan hastaların ve hemşirelerin görüşleri alınmıştır. Daha sonra taslak ölçeğin kapsam geçerliği ile eş zamanlı yüzey geçerliği uzmanlar tarafından değerlendirilmiştir. Ardından yüzey geçerliği kapsamında; kapsam geçerliği tamamlanan taslak ölçeğin hem hasta hem hemşire grubu ile pilot uygulaması yapılmıştır.

4.1.1.1. Madde Havuzunun Oluşturulması

Araştırmada, taslak HGDÖ'nün maddeleri araştırmacılar tarafından 'güçsüzlük, güç, NANDA, hemşirelik tanısı, hasta, hemşire' anahtar kelimeleri ile Google Akademik, Scopus, Web of Science, Pub Med, Science Direct, YökTez, Ulakbim veri tabanlarındaki ilgili çalışmalar ve ulusal, uluslararası alandaki ölçekler (3, 5, 15, 56, 68-82) incelenerek oluşturulmuştur. Sonuçta taslak HGDÖ; Miller'ın Güç Kaynağı Model'ine (20) dayandırılarak 38 madde olumlu ve 47 madde olumsuz olacak şekilde toplamda 85 madde ile fiziksel güç ve kaynaklar (10 madde), psikolojik dayanıklılık ve sosyal destek (18 madde), pozitif benlik saygısı (14 madde), enerji (11 madde), bilgi ve iç görü (9 madde), motivasyon (10 madde) ve inanç (13 madde) şeklinde 7 alt başlık altında hazırlanmıştır. Ayrıca ölçek; 1= kesinlikle katılmıyorum, 2= katılmıyorum, 3= kararsızım, 4= katılıyorum ve 5= tamamen katılıyorum şeklinde Beşli Likert tipinde puanlanacak tarzda düzenlenmiştir.

4.1.1.2. Akran Değerlendirmesi

Taslak HGDÖ'nün akran/ yakın arkadaş çevresinin değerlendirmesinde, en az beş yıldır klinikte çalışmış ve lisansüstü eğitim almış dört hemşirenin görüşüne başvurulmuştur. Bu kapsamda taslak ölçek maddelerinde anlam değişikliği yapılmamış, sadece yedi maddenin (2, 3, 41, 54, 57, 70 ve 80) yazım ve noktalama düzeltmeleri yapılmıştır. Bununla birlikte Taslak HGDÖ'nün yüzey geçerliği için araştırmada hedef grup olan üç hemşire ve üç yatan hasta görüşüne başvurulmuş, maddelerin anlaşılır ve uygun olduğu belirtildiği için taslak ölçek maddelerinde anlam değişikliği, yazım ve noktalama düzeltmeleri yapılmamıştır.

4.1.1.3. Uzman Değerlendirmesi

Seksen beş maddelik taslak HGDÖ'nün yüzey geçerliği için kapsam geçerliği ile eş zamanlı olacak şekilde uzmanların görüşüne başvurulmuştur. Bu görüşler doğrultusunda yüzey geçerliği için ölçek maddeleri; anlaşılabilirlik, dil bilgisi ve noktalamaya ilişkin yazım kuralları yönünden değerlendirilmiştir. Görüşlere dayalı olarak 85 maddelik taslak ölçeğin, sadece beş maddesi (8, 47, 67, 74 ve 80. maddeler) yazım ve noktalama açısından düzeltilmiş, anlam açısından herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Ayrıca noktalama açısından düzeltilen 85 maddelik taslak ölçeğin her bir maddesi, bir Türk Dili ve Edebiyatı uzmanı tarafından dil bilgisi ve Türkçe anlaşılabilirliği yönünden değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda ölçekte bulunan 10 madde [4, 5, 14, 15, 23, 30, 37, 39, 72 ve 73. maddeler (Örnek: 39. madde olan 'Hastalanmama rağmen değerliyim' cümlesi 'Hastalığım beni değersizleştiremez' şeklinde değiştirilmiştir.)] okunurluk, anlaşılabilirlik açısından düzeltilmiştir.

4.1.2. Kapsam Geçerliği

Seksen beş maddelik taslak HGDÖ'nün kapsam geçerliğinin kuramsal yapıya uygunluğunu değerlendirmek için uzman değerlendirmesinden yararlanılmıştır. Çalışmada, uzman değerlendirmesi için Lawshe tekniğinden yararlanılmıştır. Bu kapsamda, taslak HGDÖ, hemşirelik ve hemşirelik esasları alanında uzman 40 akademisyen hemşireye e-posta yolu ile gönderilmiş, toplamda 16 uzmandan geri dönüş alınmıştır. Uzmanlar taslak ölçek maddelerini 'gerekli, yararlı, gereksiz' şeklinde değerlendirmiştir. Değerlendirme sonrası her bir ölçek maddesinin kapsam geçerlik oranı (KGO); $KGO = (Nu - N/2) / (N/2)$ formülü ile hesaplanmıştır. Formülde Nu olarak ifade edilen kavram, maddeye uygun diyen uzmanların sayısıdır. N ise toplam görüşü alınan uzman sayısıdır. Bu formüle dayalı

olarak 85 maddelik taslak ölçekten KGO 0.50'nin altında olan 10 madde (22, 38, 40, 48-50, 52, 62, 65, 75) çıkarılmıştır. Sonuçta KGO 0.50-1.00 aralığında olan taslak HGDÖ'nün Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) 0.75 olarak saptanmış ve ölçek 75 madde ile biçimlenmiştir.

4.1.3. Pilot Uygulama

Ölçek maddelerinin anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla örnekleme benzer özellikleri taşıyan 30 hemşire ve 30 yatan hastaya 75 maddeden oluşan taslak HGDÖ ile pilot uygulama yapılmıştır. Ölçek maddelerini sesli şekilde okuyarak geribildirimde bulunan hemşirelerin ve hastaların görüşleri doğrultusunda taslak ölçek maddelerinde anlam değişikliği, yazım ve noktalama düzeltmeleri yapılmamıştır. Hemşireler ve hastalardan elde edilen verilerle ölçekteki maddelerin madde toplam korelasyon değerleri incelenmiş ve sonuçta madde toplam korelasyon değeri 0.30'un altında olan 14 madde (12, 20, 23, 27, 37, 39, 51, 53, 54, 57-59, 66 ve 75. maddeler) ölçekten uzaklaştırılmış ve taslak ölçek 61 madde ile biçimlenmiştir (Tablo 4). Bu örnekleme, 61 maddelik taslak HGDÖ'nün Cronbach Alpha değeri 0.75 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4. Kapsam geçerliği ve pilot uygulama sonrası HGDÖ maddelerin dağılımı

Alt Boyutlar	Madde sayısı	Yanıtlanma Şekli
Fiziksel Güç ve Kaynaklar	10 madde	
Psikolojik Dayanıklılık ve Sosyal Destek	13 madde	1= Kesinlikle Katılmıyorum
Pozitif Benlik Saygısı	10 madde	2= Katılmıyorum
Enerji	7 madde	3= Kararsızım
Bilgi ve İçgörü	5 madde	4= Katılıyorum
Motivasyon	6 madde	5= Tamamen Katılıyorum
İnanç	10 madde	
Genel Toplam	61 madde	

Pilot uygulama sonrası ölçek maddelerinin normal dağılımını değerlendirmek için HGDÖ'nün her bir maddesinin Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir (Tablo 5). Bu kapsamda, 61 maddeden oluşan taslak HGDÖ için +1.520 ile-1.428 değer aralığında bulunmuştur (Tablo 5). Bu basıklık ve çarpıklık değerlerine göre ölçek maddelerinin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir.

Tablo 5. HGDÖ maddelerine ilişkin Kurtosis (basıklık) ve Skewness (çarpıklık) değerleri

Madde	Kurtosis	Skewness	Madde	Kurtosis	Skewness
FGK1	-0.651	-0.298	PBS9	-0.551	-0.665
FGK2	-0.466	-0.431	PBS10	0.913	-1.366
FGK3	-0.985	0.016	E1	-0.723	0.378
FGK4	-0.657	-0.427	E2	-0.692	0.077
FGK5	-0.083	-0.588	E3	-0.869	0.077
FGK6	-0.277	-0.571	E4	-0.834	-0.111
FGK7	-0.984	0.025	E5	-0.806	0.183
FGK8	-0.560	-0.394	E6	-0.817	-0.298
FGK9	-0.534	-0.280	E7	-0.964	-0.173
FGK10	-0.610	-0.269	Bİ1	-0.975	-0.521
PDSD1	-0.942	-0.163	Bİ2	-0.935	-0.469
PDSD2	-0.395	-0.777	Bİ3	-0.336	-0.847
PDSD3	-0.600	-0.446	Bİ4	-1.042	-0.278
PDSD4	-0.414	0.659	Bİ5	-0.867	-0.180
PDSD5	-0.419	0.633	M1	-0.940	0.439
PDSD6	-0.786	0.039	M2	-0.787	0.118
PDSD7	-0.651	0.553	M3	-0.355	-0.795
PDSD8	-0.871	0.523	M4	-0.852	-0.408
PDSD9	0.981	-1.186	M5	-0.639	-0.305
PDSD10	-1.024	-0.113	M6	-0.835	-0.461
PDSD11	0.381	-0.993	İ1	-0.948	-0.369
PDSD12	0.881	-1.068	İ2	-1.020	-0.295
PDSD13	1.212	-1.360	İ3	-0.532	-0.632
PBS1	-0.087	-0.940	İ4	-0.515	0.775
PBS2	-0.346	-0.824	İ5	-0.021	-0.977
PBS3	-0.882	0.530	İ6	-0.202	0.954
PBS4	-0.966	0.006	İ7	-1.028	-0.489
PBS5	-0.331	-0.833	İ8	-0.398	-0.720
PBS6	-0.570	-0.688	İ9	1.520	-1.428
PBS7	-0.576	-0.673	İ10	-1.183	0.423
PBS8	-0.753	-0.533			

FGK: Fiziksel Güç ve Kaynaklar, PDSD: Psikolojik Dayanıklılık ve Sosyal Destek, PBS: Pozitif Benlik Saygısı, E: Enerji, Bİ: Bilgi ve İlgörü, M: Motivasyon, İ: İnanç

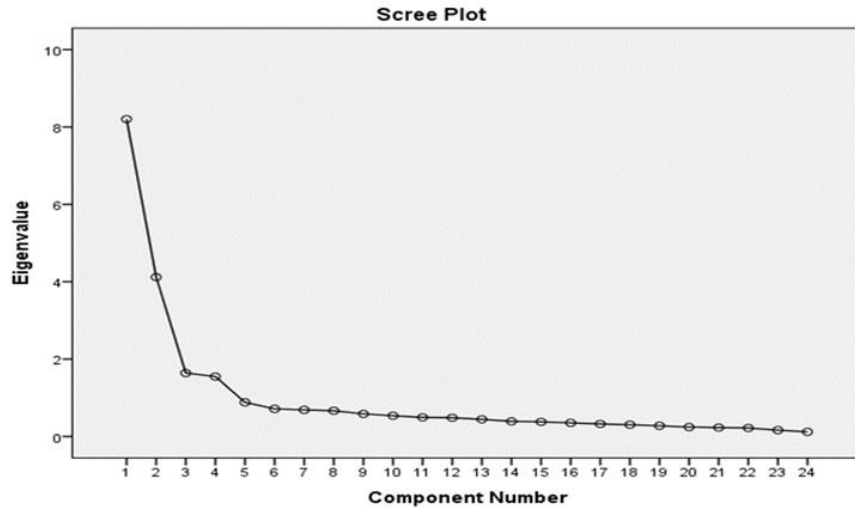
4.1.4. Yapı Geçerliği

Bu çalışmada, 61 maddelik taslak HGDÖ'nün yapı geçerliğini test etmek; temel bileşenler analizi ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

4.1.4.1. Temel Bileşenler Analizi

Altmış bir maddeden oluşan taslak HGDÖ'nün TBA'nın yapılabilmesi için öncelikle kullanılacak verinin ve örneklemin yeterli olup olmadığı test edilmiştir. Bunun için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), Barlett testleri ve anti imaj korelasyon değerleri

incelenmiştir. Daha sonra Temel Bileşenler Analizi kapsamında Varimax yönteminden yararlanılmıştır. Varimax yöntemi ile 61 maddelik HGDÖ maddelerine 4 kez döndürme işlemi uygulanmıştır. Bu doğrultuda ölçekten 1. döndürmede 29 madde (4, 11-14, 18-20, 23, 26, 27, 32, 34-40, 44, 45, 48-50, 54, 56-59), 2. döndürmede 3 madde (33, 60, 61), 3. döndürmede 1 madde (55) faktör yük değeri 0.60'ın altında olduğu ve 4. döndürmede 4 madde (21, 22, 46, 47) iki faktör altında ikiyeşer madde şeklinde yer aldığı için ölçekten çıkarılmıştır (toplam 4 madde). Binişik madde saptanmayan ölçekten analizler sonucunda toplamda 37 madde çıkartılmıştır. Sonuçta son döndürme ile HGDÖ'nün KMO değeri $0.904 > 0.80$. Barlett testi $X^2=10118,96$; $p=0.000 < 0.05$ ve anti imaj korelasyon değerleri 0.959 ile 0.823 arasında bulunmuştur. Faktör yük değerleri 0.882 ile 0.649 arasında saptanmış ve ölçek 24 madde içerek şekilde dört alt boyut ile biçimlenmiştir. Ayrıca ölçeğin dört alt boyuta sahip olduğu, yamaç grafiğinde de tespit edilmiştir (Şekil 1).



Şekil 1. Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeği yamaç grafiği

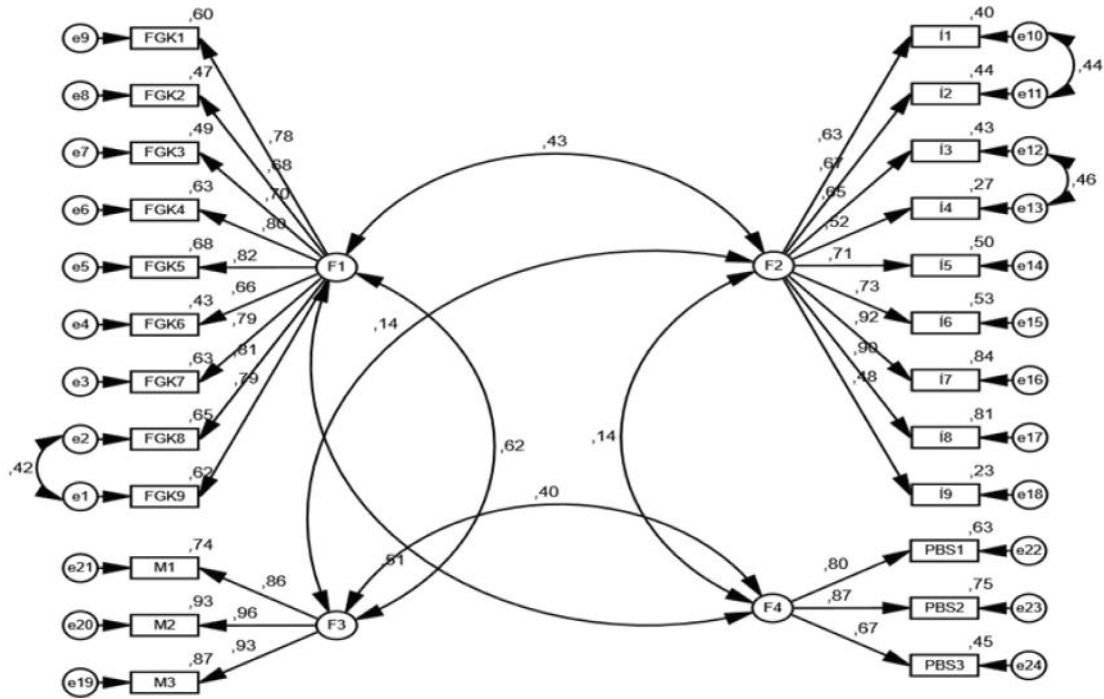
Sonuçta dört boyutlu yapı gösteren HGDÖ'nün toplam varyansı %64.62 olarak belirlenmiştir. Ayrıca varyans değerleri; birinci alt boyut için %23.65, ikinci alt boyut için %21.43, üçüncü alt boyut için %10.80 ve dördüncü alt boyut için %8.73 olarak saptanmıştır. Ayrıca 24 maddelik HGDÖ'nün alt boyutları; ilk hazırlanan boyut/başlıklarla ve kuramsal yapı ile uyumlu olacak şekilde 'Fiziksel Güç ve Kaynaklar (1-3, 5-10), İçgörü (24, 25, 28-31, 41-43), Motivasyon (51-53) ve Psikolojik Dayanıklılık (15-17)' olarak adlandırılmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. HGDÖ'nün alt boyutlarına göre ölçek maddeleri ve faktör yük değerleri

Madde No	Alt Boyutlar*	Öz Değer	Varyans %	Ort.	SS	Faktör yükü
Fiziksel Güç ve Kaynaklar		8.202	23.654	3.43	0.87	0.818-0.649
FGK1	Hastalıkla baş edebilmek için fiziksel güce sahibim.			3.49	1.09	0.810
FGK2	Başkalarının yanında bedenimi/vücudumu kontrol edebilirim.			3.51	1.11	0.810
FGK3	İhtiyaçlarımı karşılamak için başkalarının fiziksel gücüne/yardıma ihtiyacım var.			3.03	1.24	0.777
FGK5	Temel gereksinimlerimi (beslenme, boşaltım, bireysel hijyen vb.) karşılayabilirim.			3.69	1.05	0.776
FGK6	İhtiyacımı karşılayabilmek için hareket edebilirim.			3.69	1.07	0.768
FGK7	İhtiyacımı karşılarken fiziksel olarak zorlanırım.			3.06	1.23	0.753
FGK8	Tedavime ve bakımıma katılabilecek fiziksel güce sahibim.			3.51	1.11	0.700
FGK9	Riskli durumlarda kendimi koruyacak şekilde hareket ederim.			3.47	1.08	0.651
FGK10	Reflekslerim kendimi koruyacak düzeydedir.			3.50	1.07	0.649
İçgörü		4.119	21.434	3.87	0.89	0.782-0.672
PBS24	Hastalığın bana ne yapacağını umursamıyorum.			4.04	1.13	0.782
PBS25	Hastalığım dolayısıyla hayattan hiçbir şey beklemiyorum.			3.97	1.16	0.775
PBS28	Beni kimsenin umursadığı yok.			4.01	1.13	0.764
PBS29	Doğru yaptığım hiçbir şey yokmuş gibi hissediyorum.			3.93	1.14	0.742
PBS30	Kendi adıma karar veremem.			3.85	1.18	0.734
PBS31	Kendimi sağlık ekibine (hekim, hemşire vb) ifade edemiyorum.			3.75	1.19	0.734
Bİ41	Hastalığım hakkında yeterli bilgiye sahip değilim.			3.71	1.27	0.727
Bİ42	Hastalığımla baş edecek kadar bilgi sahibi değilim.			3.68	1.25	0.694
Bİ43	Bana neler olduğunu bilmek istemiyorum.			3.92	1.23	0.672
Motivasyon		1.640	10.809	3.29	1.24	0.882-0.858
M51	Tedavi ve bakımıma katılmayı isterim.			3.37	1.31	0.882
İ52	Tedavi ve bakımımda başarılı olacağıma ilişkin kendime inanıyorum.			3.29	1.34	0.867
İ53	Sağlık sorunum karşısında ne yapabileceğim konusunda kendime güveniyorum.			3.22	1.35	0.858
Psikolojik Dayanıklılık		1.549	8.730	2.62	1.02	0.725-0.817
PD15	Hastalığım ile ilgili beklenmedik durumlar karşısında üzüldürüm.			2.44	1.23	0.817
PD16	Hastalık süreci boyunca değişen durumlara uyum sağlayamam.			3.02	1.24	0.788
PD17	Hastalığım sırasında ilgi görmezsem kendimi kötü hissederim.			2.42	1.26	0.725
FGK: Fiziksel Güç ve Kaynaklar, PDS: Psikolojik Dayanıklılık ve Sosyal Destek, PBS: Pozitif Benlik Saygısı, Bİ: Bilgi ve İçgörü, M: Motivasyon, İ: İnanç						

4.1.4.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi

TBA sonucu 24 madde ve 4 alt boyuta sahip olduğu belirlenen HGDÖ'nün DFA öncesi KMO değeri 0.903, Barlett testi $X^2 = 5500.784$; $p = 0.000$ ve anti imaj korelasyon değeri 0.95- 0.82 arasında bulunmuştur. Bu değerlere göre 166 hasta ve 165 hemşire olmak üzere toplam 331 kişilik DFA örneklemini yeterli bulunmuş ve 24 maddelik HGDÖ'nün model veri uyumunu ve yapısını doğrulamak amacıyla DFA yapılmıştır. HGDÖ'nün Düzeltilmiş Kikare İstatistiği (χ^2/sd) = 3.13, Uyum İndeksi (GFI)= 0.88, Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)= 0.90, Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA)=0.08, Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI)= 0.89, Tucker-Lewis İndeksi (TLI)= 0.92 olarak saptanmıştır. Uyum indekslerini artırmak için ölçeğin fiziksel güç ve kaynaklar boyutunda 8. madde ile 9. madde; içgörü boyutunda 1. madde ile 2. madde ve 3. madde ile 4. maddeler arasında üç modifikasyon yapılmıştır (Şekil 2).



Şekil 2. Doğrulayıcı faktör analizine göre HGDÖ'ün path diyagramı

Ölçekte yapılan modifikasyonlardan sonra, ölçeğin uyum indeksleri X^2/sd (CMIN/df) = 2.43, RMSEA= 0.07, GFI= 0.90, SRMR (Standartlaştırılmış Ortalama Hataların Karekökü) = 0.058, CFI= 0.94, NFI= 0.90 ve TLI=0.93 olarak bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 7. HGDÖ'nün doğrulayıcı faktör analizi uyum indeks değerleri

İndeks	Normal Değer	Kabul Edilebilir Değer	HGDÖ
χ^2/sd^*	<2	<5	2.01 (486.510/242)
GFI*	>0.95	>0.90	0.90
CFI*	>0.95	>0.90	0.94
RMSEA*	<0.05	<0.08	0.06
SRMR*	<0.08	<0.10	0.05
NFI*	>0.95	>0.90	0.90
TLI*	>0.95	>0.90	0.93

* χ^2/sd : Düzeltilmiş Kikare İstatistiği, GFI: Uyum İndeksi, CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü, SRMR: Standartlaştırılmış Ortalama Hataların Karekökü NFI: Normlaştırılmış Uyum İndeksi, TLI: Tucker-Lewis İndeksi

TBA ile ölçeğin daha önce belirlenen faktör yapısına ilişkin yapılan DFA analizine göre uyum indeksleri kabul edilebilir/ iyi düzeydedir. Ölçeğin t değerleri ve standardize edilmiş faktör yükleri aşağıda verilmektedir (Tablo 8). Standardize edilmiş beta katsayıları incelendiğinde; HGDÖ'nün faktör yüklerinin yüksek, standart hata değerlerinin düşük ve t değerlerinin anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 8. HGDÖ maddelerinin DFA sonrası faktör yükleri ve t değerleri

DFA madde (TBA madde)	B	Std. B	S.Hata	t*
FGK9 (FGK10)	1.000	0.784		
FGK8 (FGK9)	1.083	0.808	0.051	21.328
FGK7 (FGK8)	1.044	0.794	0.067	15.702
FGK6 (FGK7)	1.004	0.658	0.080	12.498
FGK5 (FGK6)	1.086	0.824	0.066	16.451
FGK4 (FGK5)	1.029	0.795	0.065	15.729
FGK3 (FGK3)	1.089	0.698	0.081	13.396
FGK2 (FGK2)	0.898	0.682	0.069	13.023
FGK1 (FGK1)	0.993	0.776	0.065	15.252
İ1 (PBS24)	1.000	0.666		
İ2 (PBS25)	1.102	0.715	0.076	14.537
İ3 (PBS28)	0.976	0.667	0.092	10.659
İ4 (PBS29)	0.845	0.588	0.089	9.525
İ5 (PBS30)	1.252	0.783	0.103	12.192
İ6 (PBS31)	1.285	0.793	0.104	12.314
İ7 (Bİ41)	1.291	0.804	0.104	12.425
İ8 (Bİ42)	1.229	0.775	0.102	12.052
İ9 (Bİ43)	0.859	0.516	0.101	8.482
M3 (İ53)	1.000	0.933		
M2 (İ52)	1.044	0.964	0.031	33.793
M1 (M51)	0.897	0.862	0.036	24.901
PD1 (PD15)	1.000	0.797		
PD2 (PD16)	1.095	0.866	0.078	13.990
PD3 (PD17)	0.831	0.669	0.070	11.874

*p<0.001, FGK: Fiziksel Güç ve Kaynaklar, PD: Psikolojik Dayanıklılık, PBS: Pozitif Benlik Saygısı, Bİ: Bilgi ve İlgörü, M: Motivasyon, İ: İnanç.

4.1.4.3. Yakınsak Geçerliği ve Ayrışma Geçerliği

DFA sonrası yakınsak geçerlilik için Birleşik Güvenirlik (Composite Reliability-CR) ve Ortalama Açıklanan Varyans (Average Variance Extracted- AVE) değerleri hesaplanmıştır. Ayrıca ayrışma geçerliğini (ıraksak geçerlik) belirlemek için Maksimum Paylaşılan Değer (Maximum Shared Variance-MSV) ve Ortalama Paylaşılan Değer (Average Shared Variance-ASV) hesaplanmıştır. Bu kapsamda 24 madde ve dört alt boyutlu yapısı DFA sonucu doğrulanan HGDÖ'nün fiziksel güç ve kaynaklar alt boyutu için 0.918 olarak belirlenmiştir. İlgörü alt boyutu için ASV: 0.094 <MSV:0.221 <AVE:

0.543 <CR: 0.914, motivasyon alt boyutu için ASV: 0.189 <MSV:0.379 <AVE: 0.755 <CR: 0.903 ve psikolojik dayanıklılık alt boyutu için ASV: 0.153 <MSV:0.258 <AVE: 0.605 <CR: 0.821 olarak bulunmuştur (Tablo 9).

Tablo 9. HGDÖ'nün yakınsak ve ayrışma geçerliği değerleri

Alt boyutlar	CR	AVE	MSV	ASV
Fiziksel Güç ve Kaynaklar	0.918	0.557	0.379	0.286
İçgörü	0.914	0.543	0.221	0.094
Motivasyon	0.903	0.755	0.379	0.189
Psikolojik Dayanıklılık	0.821	0.605	0.258	0.153

*CR; Birleşik Güvenirlik, AVE; Ortalama Açıklanan Varyans, MSV; Maksimum Paylaşılan Değer, ASV; Ortalama Paylaşılan Değer.

4.2. Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeğinin Güvenirlik Bulguları

HGDÖ'nün güvenirliliğinin sağlanması amacıyla Cronbach Alpha, Spearman Brown, Guttman Split-Half testleri ve madde- toplam madde korelasyon analizi, ayrıca madde ayırt ediciliği ve test-tekrar test analizleri yapılmıştır. TBA örnekleminde TBA sonrası 24 maddelik HGDÖ'nün toplam Cronbach Alpha değeri 0.909, fiziksel güç ve kaynaklar alt boyutu için 0.918, içgörü alt boyutu için 0.904, motivasyon alt boyutu için 0.927 ve psikolojik dayanıklılık alt boyutu için 0.758 olarak hesaplanmıştır. Toplam Sperman-Brown değeri 0.857, fiziksel güç ve kaynaklar alt boyutu için 0.844, içgörü alt boyutu için 0.853, motivasyon alt boyutu için 0.842 ve psikolojik dayanıklılık alt boyutu için 0.816 olarak tespit edilmiştir. Guttman Split-Half değerleri ise toplam HGDÖ için 0.863, fiziksel güç ve kaynaklar alt boyutu için 0.851, içgörü alt boyutu için 0.824, motivasyon alt boyutu için 0.812 ve psikolojik dayanıklılık alt boyutu için 0.802 olarak bulunmuştur (Tablo 10).

DFA sonrası HGDÖ'nün toplam Cronbach Alpha değeri 0.919, fiziksel güç ve kaynaklar alt boyutu için 0.923, içgörü alt boyutu için 0.903, motivasyon alt boyutu için 0.821 ve psikolojik dayanıklılık alt boyutu için 0.942 olarak belirlenmiştir. Toplam Sperman-Brown değeri 0.832, fiziksel güç ve kaynaklar alt boyutu için 0.822, içgörü alt boyutu için 0.817, motivasyon alt boyutu için 0.799 ve psikolojik dayanıklılık alt boyutu için 0.786 olarak hesaplanmıştır. Guttman Split-Half değerleri ise toplam HGDÖ için

0.821, fiziksel güç ve kaynaklar alt boyutu için 0.814, içgörü alt boyutu için 0.796, motivasyon alt boyutu için 0.792 ve psikolojik dayanıklılık alt boyutu için 0.781 olarak tespit edilmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. HGDÖ'nün güvenirlik bulguları

Alt Boyutlar	TBA Sonrası			DFA Sonrası		
	Cronbach Alpha	Spearman -Brown	Guttman Split-Half	Cronbach Alpha	Spearman -Brown	Guttman Split-Half
Fiziksel Güç ve Kaynaklar	0.918	0.844	0.851	0.923	0.822	0.814
İçgörü	0.904	0.853	0.824	0.903	0.817	0.796
Motivasyon	0.927	0.842	0.812	0.821	0.799	0.792
Psikolojik	0.758	0.816	0.802	0.942	0.786	0.781
Dayanıklılık						
HGDÖ Toplam	0.909	0.857	0.863	0.919	0.832	0.821

TBA örnekleminde HGDÖ'nün madde-toplam madde korelasyon değerleri; toplam HGDÖ için 0.536-0.887, fiziksel güç ve kaynaklar alt boyutu için 0.600-0.772, içgörü alt boyutu için 0.584-0.722, motivasyon alt boyutu için 0.805-0.887 ve psikolojik dayanıklılık alt boyutu için 0.536-0.628 arasında ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 11).

DFA örnekleminde HGDÖ'nün madde-toplam madde korelasyon değerleri; toplam HGDÖ için 0.472-0.911, fiziksel güç ve kaynaklar alt boyutu için 0.635-0.792; içgörü alt boyutu için 0.472-0.717; motivasyon alt boyutu için 0.839-0.911; psikolojik dayanıklılık alt boyutu için 0.612-0.716 arasında ve anlamlı belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 11).

TBA sonrası hasta örnekleminde HGDÖ'nün toplam Cronbach Alpha değeri 0.913 ve hemşire örnekleminde HGDÖ'nün toplam Cronbach Alpha değeri 0.895 olarak belirlenmiştir. DFA sonrası hasta örnekleminde HGDÖ'nün toplam Cronbach Alpha değeri 0.925 ve hemşire örnekleminde ise HGDÖ'nün toplam Cronbach Alpha değeri 0.889 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 11. HGDÖ'nün madde toplam korelasyon ve Cronbach Alpha değerleri

Alt Boyutlar*		TBA		DFA	
Fiziksel Güç ve Kaynaklar	Madde toplam r	Cronbach α Değeri		Madde toplam r	Cronbach α Değeri
FGK5	0.755	0.903	FKG1	0.743	0.913
FGK6	0.770	0.903	FKG2	0.644	0.919
FGK8	0.772	0.903	FKG3	0.679	0.918
FGK9	0.768	0.902	FKG4	0.749	0.912
FGK1	0.744	0.903	FKG5	0.779	0.911
FGK10	0.736	0.903	FKG6	0.635	0.921
FGK3	0.667	0.904	FKG7	0.748	0.912
FGK2	0.600	0.906	FKG8	0.792	0.910
FGK7	0.620	0.904	FKG9	0.776	0.911
İçgörü					
PBS28	0.690	0.907	İ10	0.664	0.893
PBS25	0.715	0.905	İ11	0.704	0.890
PBS29	0.679	0.906	İ12	0.672	0.893
PBS24	0.621	0.908	İ13	0.592	0.898
Bİ41	0.704	0.906	İ14	0.712	0.890
PBS30	0.722	0.904	İ15	0.717	0.889
Bİ42	0.701	0.906	İ16	0.797	0.883
PBS31	0.671	0.905	İ17	0.759	0.886
Bİ43	0.584	0.907	İ18	0.472	0.908
Motivasyon					
İ52	0.887	0.907	M19	0.839	0.947
M51	0.805	0.909	M20	0.911	0.892
İ53	0.863	0.906	M21	0.892	0.907
Psikolojik Dayanıklılık					
PD15	0.628	0.908	PBS22	0.699	0.728
PD16	0.536	0.905	PBS23	0.716	0.710
PD17	0.602	0.910	PBS24	0.612	0.815
*FGK: Fiziksel Güç ve Kaynaklar, PDSD: Psikolojik Dayanıklılık ve Sosyal Destek, PBS: Pozitif Benlik Saygısı, Bİ: Bilgi ve İçgörü, M: Motivasyon, İ: İnanç					

HGDÖ toplam ve alt boyut puanları arasında korelasyon değerleri ise fiziksel güç ve kaynaklar alt boyutu ile toplam ölçek arasında 0.85, içgörü alt boyutu ile toplam ölçek arasında 0.72, motivasyon alt boyutu ile toplam ölçek arasında 0.53 ve psikolojik dayanıklılık alt boyutu ile toplam ölçek arasında 0.58'dir. Fiziksel güç ve kaynaklar alt boyutu ile içgörü alt boyutu arasındaki korelasyon değeri 0.35, motivasyon alt boyutu ile

korelasyon değeri 0.48, psikolojik dayanıklılık alt boyutu ile korelasyon değeri 0.41'dir. İçgörü alt boyutunun ile motivasyon alt boyutu ile arasında korelasyon değeri 0.02, psikolojik dayanıklılık alt boyutu ile korelasyon değeri 0.25'tir. Motivasyon alt boyutu ile psikolojik dayanıklılık alt boyutu arasındaki korelasyon değeri ise 0.28'dir (Tablo 12).

Tablo 12. TBA için ölçek toplam ve alt boyutları arasındaki korelasyon değerleri

Alt Boyutları	Fiziksel Güç ve Kaynaklar	İçgörü	Motivasyon	Psikolojik Dayanıklılık
	r	r	r	r
Fiziksel Güç ve Kaynaklar	-	-	-	-
İçgörü	0.35*	-	-	-
Motivasyon	0.48*	0.02	-	-
Psikolojik Dayanıklılık	0.41*	0.25*	0.28*	-
HGDÖ Toplam	0.85*	0.72*	0.53*	0.58*

* p<0.001

HGDÖ'nün ayırt ediciliğine ilişkin ise %27 alt ile %27 üst çeyreklik grupları arasında farka bakılmıştır. Ölçek maddeleri, toplam ve alt boyutlarına ilişkin %27'lik alt ve %27'lik üst çeyreklik grupları arasında anlamlı fark saptanmıştır (p<0.001) ve bu farklılığa ilişkin t-testi sonuçları Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13. HGDÖ ve alt boyutlarının %27'lik alt ve üst çeyreklik karşılaştırması

HGDÖ ve alt boyutları	Alt %27		Üst %27		t-test*
	Ort	SS	Ort	SS	
Fiziksel Güç ve Kaynaklar	2.57	0.63	4.36	0.48	-28.749
İçgörü	3.04	0.75	4.69	0.39	-24.859
Motivasyon	2.63	0.97	4.18	1.08	-13.678
Psikolojik Dayanıklılık	2.03	0.70	3.45	1.08	-14.183
HGDÖ Toplam	2.68	0.29	4.35	0.32	-49.313

*p<0.001

HGDÖ'nün zamana göre değişmezliğini saptamak amacıyla hastalara iki hafta arayla yapılan test-tekrar test analizinde, HGDÖ'nün Intraclass Correlation Coefficient (ICC) değeri 0.869 ve üzerinde, pozitif yönde güçlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak

belirlenmiştir. Ayrıca iki hafta ara ile yapılan ölçümlerde ön test ve son test ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmemiştir (Tablo 14).

Tablo 14. HGDÖ'nün test-tekrar test puan korelasyonları ve karşılaştırması

Alt Boyutlar	Test	Tekrar	t	p	ICC*
	Ort ± SS	Ort ±SS			
Fiziksel Güç ve Kaynaklar	3.21 ±0.48	3.20 ±0.55	0.206	0.838	0.884
İçgörü	3.71 ±0.79	3.79 ±0.72	-1.336	0.189	0.882
Motivasyon	2.86 ±0.93	2.89 ±0.85	-0.326	0.746	0.876
Psikolojik Dayanıklılık	2.40 ±0.73	2.46 ±0.76	-1.554	0.128	0.869
HGDÖ Toplam	3.26 ±0.03	3.24 ±0.42	0.316	0.754	0.889

* p<0.001; ICC: Intraclass Correlation Coefficient

4.3. Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeğinin Son Yapısı ve Hesaplanması

Geçerlik ve güvenirlik analizler sonucunda HGDÖ; dört alt boyut ve 24 madde ile son şeklini almıştır. HDGÖ'nün alt boyutları; Fiziksel Güç ve Kaynaklar (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9) dokuz maddeden, İçgörü (10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18) dokuz maddeden, Motivasyon (19, 20, 21) üç maddeden ve Psikolojik Dayanıklılık (22, 23, 24) üç maddeden oluşmaktadır. Beşli Likert tipinde olan HGDÖ; '1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Kesinlikle Katılıyorum' şeklinde puanlanmaktadır (Tablo 15) (Ek 6). Ölçekteki Fiziksel Güç ve Kaynaklar alt boyutunda "3. ve 7. maddeler", İçgörü alt boyutunda "10, 11, 12, 13,14, 15, 16, 17 ve 18. maddeler", Psikolojik Dayanıklılık alt boyutunda "22, 23 ve 24. maddeler" olumsuz ifadelerden oluşmakta ve bu maddeler ters puanlanmaktadır. HGDÖ'nün genel ve alt boyut puanlarının hesaplanmasında aritmetik ortalama kullanılmaktadır. Ölçek, toplamda ve alt boyutlarında 1-5 aralığında puan almakta; ölçekten ve alt boyutlardan alınan puanların azalması hastalarda güçsüzlük düzeyinin yükseldiğini göstermektedir. Ölçekten alınan puan aralığı 1.00-1.79 arası güçsüzlük algısı 'çok yüksek', 1.80-2.59 arası 'yüksek', 2.60-3.39 arası 'orta', 3.40-4.19 arası 'düşük' ve 4.20-5.00 arası 'çok düşük' olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 15. HGDÖ'nün maddeleri ve puan aralıkları

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Maddeler	Puan Aralığı
Fiziksel Güç ve Kaynaklar	9	1-9	1-5
İçgörü	9	10-18	1-5
Motivasyon	3	19-21	1-5
Psikolojik Dayanıklılık	3	22-24	1-5
HGDÖ Toplam	24	1-24	1-5
Ters puanlanan maddeler: 3, 7, 10-18, 22-24			

4.4. Hastaların ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeği Bulguları

Bu bölüm, hastaların ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri, hastaların ve hemşirelerin HGDÖ puanlarının karşılaştırması, hastaların ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile HGDÖ'nin bulgularının karşılaştırması başlıklarına ele alınmıştır.

4.4.1. Hastaların ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri

TBA'ya katılan 309 hastanın tanıtıcı özelliklerine göre yaş ortalaması 44.61 ± 8.49 , %51.3'ü kadın, %77'si evli, %29.7'si ilkokul mezunu, %46.6'sı emekli, %66.3'ünün gelir durumu orta düzeyde ve %77'si bir kronik hastalığa sahiptir (Tablo 16). DFA katılan 166 hastanın yaş ortalaması ise 49.72 ± 6.58 'dir. Bu hastaların %59.6'sı erkek, %78.3'ü evli, %57.2'si ilkokul mezunu, %45.2'si emekli ve %85.5'inin gelir durumu orta düzeyde ve %93.4'ü bir kronik hastalığa sahiptir (Tablo 16).

Tablo 16. Ölçek geliştirme çalışmasına katılan hastaların tanıtıcı özellikleri

Tanıtıcı özellikleri	TBA (n=309)		DFA (n=166)	
	n	%	n	%
Cinsiyet				
Kadın	159	51.3	67	40.4
Erkek	150	48.7	99	59.6
Medeni Durum				
Evli	238	77	130	78.3
Bekar	71	23	36	21.7
Eğitim Durumu				
Okur-yazar değil	51	16.5	10	6
Okur-yazar	57	18.4	16	9.6
İlkokul	92	29.7	95	57.2
Ortaokul	52	16.8	18	10.8
Lise	34	11	13	7.8
Üniversite ve üzeri	23	7.4	14	8.4
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	102	33	34	20.5
Çalışmıyor	63	20.3	57	34.3
Emekli	144	46.6	75	45.2
Gelir Durumu				
Kötü	59	19	11	6.6
Orta	205	66.3	142	85.5
İyi	45	14.5	13	7.8
Kronik Hastalık Varlığı				
Evet	238	77	155	93.4
Hayır	71	23	11	6.6
Yaş	Ort.	SS	Ort.	SS
	44.61	8.49	49.72	6.58

TBA'ya katılan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; %79.6'sı kadın, %74.6'sı evli, %75.9'u üniversite mezunu ve %42.1'i dahili klinikte çalışmaktadır. Hemşirelerin yaş ortalaması 28.67 ± 5.68 , mesleki deneyim yılları ortalaması 5.48 ± 4.73 ve klinikte çalışma yılları ortalaması 2.67 ± 2.13 'tür (Tablo 17). DFA'ya katılan hemşirelerin ise %77'si kadın, %70.9'u evli, %86.1'i üniversite mezunu ve %49.7'si dahiliye kliniğinde çalışmaktadır. Hemşirelerin yaş ortalaması 30.84 ± 6.10 , mesleki deneyim yılları ortalaması 7.95 ± 6.34 ve klinikte çalışma yılları ortalaması 3.28 ± 3.49 'dir (Tablo 17).

Tablo 17. Ölçek geliştirme çalışmasına katılan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri

Tanıtıcı özellikleri	TBA (n=304)		DFA (n=165)	
Cinsiyet	n	%	n	%
Kadın	242	79.6	127	77.0
Erkek	62	21.4	38	23.0
Medeni Durum				
Evli	227	74.6	117	70.9
Bekar	77	25.4	48	29.1
Eğitim Durumu				
Lise	57	18.7	11	6.7
Üniversite	231	75.9	142	86.1
Yüksek Lisans	16	5.2	12	7.3
Çalışılan Klinik				
Dahili Klinik	128	42.1	82	49.7
Cerrahi Klinik	112	36.8	55	33.3
Özellikli Birimler (Yoğun bakım, acil vb)	63	20.7	28	17.0
	Ort.	SS	Ort.	SS
Yaş	28.67	5.68	30.84	6.10
Mesleki Deneyim	5.48	4.73	7.95	6.34
Klinikte Çalışma Süresi	2.67	2.13	3.28	3.49

4.4.2. Hastaların ve Hemşirelerin Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması

Hastaların öz değerlendirmesine göre güçsüzlük değerlendirme ölçek toplam puanı 3.79 ± 0.75 , fiziksel güç ve kaynaklar alt boyut puanı 3.68 ± 0.91 , içgörü alt boyut puanı 4.50 ± 0.71 , motivasyon alt boyut puanı 3.28 ± 1.59 ve psikolojik dayanıklılık alt boyut puanı 2.47 ± 1.49 'dur (Tablo 18).

Hemşireler tarafından değerlendirilen hastaların güçsüzlük düzeyine ilişkin ölçek toplam puanı 3.29 ± 0.50 , fiziksel güç ve kaynaklar alt boyut puanı 3.29 ± 0.65 , içgörü alt boyut puanı 3.46 ± 0.67 , motivasyon alt boyut puanı 3.45 ± 0.79 , psikolojik dayanıklılık alt boyut puanı 2.63 ± 0.63 'tür (Tablo 18).

Hastalardan ve hemşirelerden elde edilen HGDÖ ölçek puanları karşılaştırıldığında, toplamında ($t_{(329)}=7.054$; $p=0.000<0.05$), fiziksel güç ve kaynaklar ($t_{(329)}=4.455$; $p=0.000<0.05$) ile içgörü ($t_{(329)}=13.642$; $p=0.000<0.05$) alt boyutlarında hastaların öz değerlendirmesi ile elden edilen güçsüzlük puanlarının hemşirelerin değerlendirmesine

göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hastalara ve hemşirelere göre HGDÖ ölçek puanları motivasyon ve psikolojik dayanıklılık alt boyutlarında anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$) (Tablo 18).

Tablo 18. DFA örneklemindeki hastaların ve hemşirelerin HGDÖ’i puan ortalamalarının karşılaştırması (n=331)

Alt Boyutlar	Hasta (n=166)		Hemşire (n=165)		t	p
	Ort	SS	Ort	SS		
Fiziksel Güç ve Kaynaklar	3.68	0.91	3.29	0.65	4.455	0.000
İçgörü	4.50	0.71	3.46	0.67	13.642	0.000
Motivasyon	3.28	1.59	3.45	0.79	-1.223	0.222
Psikolojik Dayanıklılık	2.47	1.49	2.63	0.63	-1.257	0.209
HGDÖ Toplam	3.79	0.75	3.29	0.50	7.054	0.000

4.5. Hastaların ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeği Bulgularının Karşılaştırması

Hastaların tanıtıcı özellikleri ile HGDÖ ölçek puanları karşılaştırıldığında; HGDÖ toplamında ($F=10.843$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0.167$), fiziksel güç ve kaynaklar ($F=13.990$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0.206$) ile motivasyon ($F=6.666$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0.110$) alt boyutlarında 18-30 yaş aralığındaki hastaların puan ortalamalarının 31 yaş ve üzeri olanlardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca HGDÖ’nün psikolojik dayanıklılık ($F=6.338$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0.105$) alt boyutunda 18-30 yaş aralığındaki hastaların puan ortalamalarının 46 yaş ve üzeri olanlardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların içgörü alt boyut puanları ise yaşa göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (Tablo 19).

Hastaların eğitim durumuna göre HGDÖ puanlarına bakıldığında, üniversite mezunu olan hastaların güçsüzlük değerlendirme ölçeği toplam ($F=6.838$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0.176$), fiziksel güç ve kaynaklar ($F=6.351$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0.166$) alt boyut puan ortalamasının diğer eğitim durumuna sahip (okur-yazar değil, okur-yazar, ilkokul, ortaokul ve lise) hastaların puan ortalamasından yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yine üniversite mezunu hastaların içgörü alt boyut puan ortalamalarının eğitim durumu okur-yazar değil ve okur-yazar olanlardan yüksek olması

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=4.688$; $p=0.001<0.05$; $\eta^2=0.128$). Ayrıca üniversite mezunu olan hastaların psikolojik dayanıklılık ($F=3.833$; $p=0.003<0.05$; $\eta^2=0.107$) alt boyut ortalamalarının da eğitim durumu okur-yazar değil, okur-yazar ve ilkokul olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların eğitim durumları ile motivasyon alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 19).

Çalışan hastaların güçsüzlük değerlendirme ölçeği toplam ($F=13.015$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0.138$), ve psikolojik dayanıklılık ($F=9.769$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0.107$) alt boyut puan ortalamalarının da çalışmayan ve emekli hastalara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca çalışan hastaların fiziksel güç ve kaynaklar ($F=17.545$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0.177$), motivasyon ($F=7.252$; $p=0.001<0.05$; $\eta^2=0.082$) alt boyut puan ortalamalarının çalışmayan hastalara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların çalışma durumları ile içgörü alt boyut puan ortalamaları arasında ise anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 19).

Gelir durumu iyi olan hastaların güçsüzlük değerlendirme ölçeği toplam ($F=3.052$; $p=0.05<0.05$; $\eta^2=0.036$) ve psikolojik dayanıklılık ($F=4.193$; $p=0.017<0.05$; $\eta^2=0.049$) alt boyut ortalamalarının gelir durumu orta ve kötü olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların gelir durumları ile fiziksel güç ve kaynaklar, içgörü, motivasyon alt boyut puan ortalamaları arasında ise anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 19).

Kronik hastalığı olanların güçsüzlük değerlendirme ölçeği fiziksel güç ve kaynaklar ($t=-2.034$; $p=0.044<0.05$; $d=0.635$; $\eta^2=0.025$) alt boyut ortalamalarının kronik hastalığı olmayan hastalara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bir kronik hastalığı olan veya olmayan hastaların güçsüzlük değerlendirme toplam, içgörü, motivasyon ve psikolojik dayanıklılık alt boyut puan ortalamaları arasında ise anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 19).

Hastaların cinsiyetleri ve medeni durumları ile hastalarda güçsüzlük değerlendirme ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre HGDÖ puan ortalamalarının karşılaştırması (n=166)

Tanıtıcı Özellikler	n	HGDÖ Toplam	Fiziksel Güç ve Kaynaklar	İçgörü	Motivasyon	Psikolojik Dayanıklılık
Cinsiyet		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kadın	67	3.83±0.68	3.84±0.80	4.45±0.77	3.46±1.57	2.33±1.36
Erkek	99	3.76±0.79	3.57±0.97	4.54±0.68	3.16±1.60	2.57±1.57
t testi=		0.647	1.915	-0.794	1.201	-1.028
p=		0.519	0.057	0.428	0.231	0.292
Yaş						
18-30 yaş ⁽¹⁾	16	4.50±0.55	4.60±0.57	4.70±0.68	4.62±0.69	3.45±1.52
31-45 yaş ⁽²⁾	12	3.71±0.82	3.68±0.88	4.08±1.29	3.05±1.68	3.33±1.37
46-65 yaş ⁽³⁾	76	3.91±0.68	3.85±0.78	4.59±0.60	3.44±1.62	2.52±1.48
66 yaş ve üzeri ⁽⁴⁾	62	3.47±0.71	3.22±0.91	4.43±0.68	2.79±1.50	2.00±1.32
F=		10.843	13.990	2.456	6.666	6.338
p=		0.000	0.000	0.065	0.000	0.000
PostHoc= Tukey		1>2, 3, 4	1>2, 3, 4		1>2, 3, 4	1>3, 4
LSD		(p<0.05)	(p<0.05)		(p<0.05)	(p<0.05)
Medeni Durum						
Evli	130	3.80±0.68	3.71±0.84	4.51±0.70	3.30±1.57	2.47±1.47
Bekar	36	3.72±0.95	3.56±1.14	4.46±0.78	3.23±1.69	2.50±1.57
t testi=		0.562	0.847	0.382	0.236	-0.100
p=		0.642	0.477	0.703	0.814	0.920
Eğitim Durumu						
Okur-yazar değil ⁽⁵⁾	10	3.57±0.82	3.64±1.24	4.04±0.75	3.36±1.88	2.16±1.19
Okur-yazar ⁽⁶⁾	16	3.23±0.95	3.17±1.15	3.91±1.20	2.39±1.71	2.18±1.45
İlkokul ⁽⁷⁾	95	3.71±0.68	3.53±0.82	4.53±0.62	3.29±1.51	2.21±1.44
Ortaokul ⁽⁸⁾	18	4.04±0.61	3.97±0.74	4.77±0.46	3.09±1.48	3.00±1.44
Lise ⁽⁹⁾	13	4.03±0.62	3.93±0.79	4.65±0.64	3.59±1.77	2.89±1.33
Üniversite ⁽¹⁰⁾	14	4.57±0.45	4.69±0.37	4.84±0.45	4.19±1.40	3.76±1.54
F=		6.838	6.351	4.688	2.120	3.833
p=		0.000	0.000	0.001	0.066	0.003
PostHoc= Tukey		10>5, 6, 7, 8, 9	10>5, 6, 7, 8, 9	10>5, 6		10>5, 6, 7
LSD		(p<0.05)	(p<0.05)	(p<0.05)		(p<0.05)
Çalışma Durumu						
Çalışıyor ⁽¹¹⁾	34	4.24±0.58	4.22±0.66	4.71±0.53	3.68±1.62	3.43±1.49
Çalışmıyor ⁽¹²⁾	57	3.87±0.69	3.88±0.79	4.45±0.82	3.70±1.47	2.29±1.35
Emekli ⁽¹³⁾	75	3.52±0.75	3.28±0.93	4.45±0.70	2.78±1.54	2.18±1.42
F=		13.015	17.545	1.882	7.252	9.769
p=		0.000	0.000	0.156	0.001	0.000
PostHoc= Tukey		11>12, 13	11>13		11>13	11>12, 13
LSD		(p<0.05)	(p<0.05)		(p<0.05)	(p<0.05)
Gelir Durumu						
Kötü ⁽¹⁴⁾	11	3.52±0.80	3.46±0.90	4.12±0.93	3.48±1.50	1.97±1.20
Orta ⁽¹⁵⁾	142	3.77±0.74	3.65±0.93	4.52±0.70	3.22±1.62	2.42±1.46
İyi ⁽¹⁶⁾	13	4.23±0.64	4.15±0.62	4.69±0.62	3.79±1.32	3.53±1.64
F=		3.052	2.104	2.061	0.849	4.193
p=		0.050	0.125	0.131	0.430	0.017
PostHoc= Tukey		16>14, 15				16>14, 15
LSD		(p<0.05)				(p<0.05)
Kronik Hastalık Varlığı						
Evet	155	3.77±0.75	3.64±0.90	4.51±0.71	3.26±1.60	2.43±1.48
Hayır	11	4.08±0.71	4.22±1.01	4.45±0.79	3.63±1.55	3.03±1.57
t testi=		-1.351	-2.034	0.248	-0.751	-1.274
p=		0.179	0.044	0.804	0.454	0.204

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile HGDÖ Ölçeği puanları karşılaştırıldığında, medeni durumu evli olan hemşirelerin HGDÖ’i toplam ($t=2.029$; $p=0.044<0.05$; $d=0.348$; $\eta^2=0.025$) ve içgörü ($t=2.215$; $p=0.028<0.05$; $d=0.380$; $\eta^2=0.029$) alt boyut puan ortalamalarının bekar hemşirelerden yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hemşirelerin medeni durumları ile fiziksel güç ve kaynaklar, motivasyon, psikolojik dayanıklılık alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 20).

Cerrahi klinikte çalışan hemşirelerin de içgörü ($F=3.614$; $p=0.029<0.05$; $\eta^2=0.043$) alt boyut puan ortalamalarının dahili klinikte çalışan hemşirelerden yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hemşirelerin çalıştıkları klinikler ile güçsüzlük değerlendirme ölçeği toplam, fiziksel güç ve kaynaklar, motivasyon ve psikolojik dayanıklılık alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 20).

Hemşirelerin cinsiyetleri, yaşları, eğitim durumu, mesleki ve klinik deneyim süreleri ile hastalarda güçsüzlük değerlendirme ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 20).

Tablo 20. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre HGDÖ puan ortalamalarının karşılaştırması (n=165)

Tanıtıcı Özellikler	n	HGDÖ Toplam	Fiziksel Güç ve Kaynaklar	İçgörü	Motivasyon	Psikolojik Dayanıklılık
Cinsiyet		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kadın	127	3.26±0.49	3.27±0.66	3.43±0.65	3.39±0.78	2.61±0.64
Erkek	38	3.37±0.56	3.33±0.63	3.54±0.73	3.64±0.80	2.71±0.59
t testi=		-1.128	-0.477	-0.872	-1.718	-0.818
p=		0.261	0.634	0.385	0.088	0.414
Yaş						
25 ve altı	35	3.23±0.49	3.200±0.606	3.410±0.707	3.486±0.777	2.533±0.606
26-30	60	3.38±0.49	3.370±0.655	3.548±0.684	3.572±0.784	2.772±0.636
31-35	39	3.24±0.61	3.177±0.806	3.513±0.747	3.350±0.911	2.564±0.693
36 ve üzeri	31	3.23±0.38	3.387±0.469	3.280±0.498	3.333±0.655	2.581±0.577
F=		1.085	1.137	1.226	0.924	1.477
p=		0.357	0.336	0.302	0.431	0.223
Medeni Durum						
Evli	117	3.34±0.50	3.33±0.65	3.53±0.68	3.51±0.84	2.63±0.64
Bekar	48	3.16±0.49	3.18±0.66	3.28±0.63	3.32±0.64	2.63±0.61
t testi=		2.029	1.338	2.215	1.355	0.057
p=		0.044	0.183	0.028	0.133	0.955
Eğitim Durumu						
Lise	11	3.40±0.49	3.29±0.51	3.63±0.65	3.54±0.98	2.87±0.50
Üniversite	142	3.28±0.51	3.27±0.68	3.45±0.68	3.43±0.78	2.64±0.65
Yüksek lisans	12	3.29±0.44	3.43±0.44	3.36±0.64	3.63±0.79	2.36±0.50
F=		0.268	0.310	0.504	0.440	1.947
p=		0.765	0.734	0.605	0.645	0.146
Mesleki Deneyim						
1-5 yıl	80	3.32±0.51	3.31±0.64	3.46±0.73	3.56±0.74	2.67±0.65
6-10 yıl	41	3.33±0.58	3.24±0.81	3.59±0.66	3.45±0.89	2.65±0.61
11 yıl ve üzeri	44	3.20±0.40	3.29±0.51	3.31±0.55	3.25±0.75	2.55±0.63
F=		0.882	0.120	1.858	2.192	0.532
p=		0.416	0.887	0.159	0.115	0.589
Çalışılan Klinik						
Dahili klinik ⁽¹⁾	82	3.20±0.48	3.19±0.61	3.34±0.68	3.44±0.68	2.56±0.61
Cerrahi klinik ⁽²⁾	55	3.40±0.51	3.36±0.70	3.65±0.65	3.48±0.94	2.72±0.61
Özel birimler ⁽³⁾	28	3.33±0.53	3.43±0.64	3.42±0.64	3.42±0.78	2.66±0.73
F=		2.882	1.996	3.614	0.058	1.110
p=		0.059	0.139	0.029	0.944	0.332
PostHoc= Tukey				2>1		
LSD				(p<0.05)		
Klinikte Çalışma Süresi						
1-2 yıl	88	3.22±0.46	3.22±0.63	3.37±0.63	3.39±0.71	2.62±0.57
3-4 yıl	43	3.38±0.59	3.43±0.70	3.57±0.77	3.41±0.92	2.65±0.80
5 yıl ve üzeri	34	3.35±0.47	3.30±0.62	3.52±0.62	3.66±0.79	2.65±0.55
F=		1.751	1.520	1.550	1.519	0.054
p=		0.177	0.222	0.215	0.222	0.948

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Güçsüzlük, her insanın hastalık, stres veya travmatik bir nedenden kaynaklı yaşayabileceği bir algıdır (1). Özellikle hasta bireylerde fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan sağlıklarının bozulmasına bağlı olarak güçsüzlük hissi daha sık görülmektedir (35). Bu açıdan önemli olan güçsüzlük kavramı, NANDA tarafından 1982 yılı itibarıyla bir hemşirelik tanısı olarak ele alınmaktadır. Ancak hemşirelik açısından klinikte değerlendirilip tanılanması gerekli olan güçsüzlük algısını belirleyecek sınırlı sayıda ölçme aracı veya ilgili çalışma vardır (13, 15). Bu ölçekler, sadece hastalara ilişkin öz değerlendirme şeklindeki ölçeklerdir ve geçerlik-güvenirlilik ile ilgili bazı sınırlılıklara sahiptirler. Bu kapsamda çalışmada, güçsüzlüğün alt boyutlarını ortaya koyan hem hastalar hem de hemşireler tarafından değerlendirilip geçerli ve güvenilir bir şekilde hastaların güçsüzlük düzeyini ölçebilecek, güncel bir ölçme aracının geliştirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca çalışmada, DFA örnekleminde hastaların güçsüzlük düzeyleri ve etkileyen faktörler belirlenmiştir.

Tartışma bölümü sırasıyla HGDÖ'nün geçerlik ve güvenirlik bulguları, hasta ve hemşirelerin algılarına göre hastaların güçsüzlük düzeyine ilişkin bulgular şeklinde iki ana başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışması

HGDÖ'nün geçerliğinin sağlanmasında; ilk olarak yüzey geçerliği ve kapsam geçerliği yapılmıştır. Bu kapsamda ölçek maddelerinin oluşturulmasında konu ile ilgili ulusal ve uluslararası literatür taranmış, konuya ilişkin çalışmalar, anketler ve ölçekler, güçsüzlük konusu ile ilgili kuramlar değerlendirilmiştir. Sonrasında ölçek; güçsüzlüğü çok boyutlu değerlendirdiği için Miller'in Güç Kaynağı Modeline temellendirilerek yedi alt başlık altında 85 madde olacak şekilde düzenlenmiştir. Ardından ölçeğin dil ve görünüş geçerliğini sağlamak için yüzey geçerliği ve kavramsal yapıya uygunluğunu belirlemek için kapsam geçerliği yapılmıştır.

Yüzey geçerliği, ölçekte kullanılan dilin tutarlı, açık ve anlaşılır olmasının yanı sıra uygunluk, okunabilirlik, stil ve biçimlendirme yönünden görünüşünün değerlendirilmesini içeren bir geçerlik yöntemidir (14). Bu kapsamda HGDÖ'nün yüzey geçerliği; sırasıyla araştırmacının kendisinin, konu hakkında bilgisi olan akran/yakın çevresinin, konuyu iyi bilen uzmanların ve Türk dili uzmanının, ayrıca araştırılan konu hakkında uzman olmayıp

hedef grup olan hastaların ve hemşirelerin görüşleri ile sağlanmıştır. Bu sıramala ile uyumlu olacak şekilde Karagöz ve Bardakçı' da ölçekte yüzey geçerliğinin sağlanmasını önermektedir. Bu doğrultuda yüzey geçerliği için HGDÖ'de akran/yakın çevrenin değerlendirilmesine göre yedi madde, uzmanların görüşüne göre beş madde yazım ve noktalama açısından, Türk dili uzmanının görüşüne göre 11 madde anlam değişikliği olmadan okunurluk ve anlaşılabilirlik yönünden düzenlenmiştir. Bu işlemler sonucunda HGDÖ'nin toplam 23 maddesinde düzeltme yapılmıştır. Sonrasında yüzey geçerliğinin bir aşaması olan ve yapılması önerilen pilot uygulamaya (83) geçilmeden önce yürütülen çalışmada, HGDÖ'nün yüzey geçerliği ile eş zamanlı olarak kapsam geçerliği yapılmıştır.

Kapsam geçerliği, ölçülmek istenen olguyla ilgili, yeterli sayıda ve kalitede maddelerin bulunup bulunmadığını test etmek amacıyla yapılan bir analizdir (14, 83). Kapsam geçerliğinde, başvuru yöntemlerinden biri uzman görüşü almaktır. Uzman görüşü ile kapsam geçerliğinin sağlanmasında ölçeğin konusu ile ilgili yeterli bilgi alt yapısına sahip uzmanlar, kavramsal çerçeveyi göz önüne alarak her bir maddeyi incelemekte, ölçekte kalacak ve çıkarılacak maddeleri belirlenmektedir (83). HGDÖ'nin kapsam geçerliğinin sağlanmasında da uzman görüşlerine başvurulmuş ve bu amaçla Lawshe tekniğinden yararlanılmıştır (14, 83). Bununla birlikte literatürde çalışmaya katılacak uzman sayısının belirlenmesine ilişkin kesin bir rakam verilmemiş, ölçeğin geçerlik düzeyini artırmak için uzman sayısının yeterliğinden bahsedilmiştir (83). Bu kapsamda Lawshe tekniği için uzman sayısının 5 ile 40 arasında olabileceği vurgulanmıştır (14, 84, 85). Çalışmada da bu açıklamalarla uyumlu olacak şekilde yol alınmış ve HGDÖ'nün her bir maddesinin kavramsal uygunluğu, Lawshe tekniği kapsamında toplam 16 uzman görüşü ile değerlendirilmiştir. Lawshe tekniğinde 16 uzman için KGO 0.50 dir. KGÖ'nün 0.50'nin altında değer alması, o maddenin ölçekten uzaklaştırılmasını ve toplamda ölçeğin KGİ'nin 0.75 ve üzerinde olmasını gerektirmektedir (84). Bu kapsamda bu çalışmada, KGO'ı 0.50'nin altında olan 10 madde ölçekten çıkarılmış ve 75 maddeye düşen ölçeğin KGİ 0.75 olarak belirlenmiştir. Bu değer, 0.75'e eşit olduğu için HGDÖ'nün kapsam geçerliğini sağladığı ve ölçülmek istenen konuyu temsil ettiği söylenebilir.

Çalışmada, kapsam geçerlik sonrası pilot uygulama gerçekleştirilmiştir. Pilot uygulama, taslak ölçeği örnekleme benzer küçük bir gruba uygulayarak ölçeğin anlaşılabilirliğinin ve yanıtlama süresinin belirlenmesine ve psikometrik analizlerin yapılmasına olanak sağlayan bir yöntemdir. Pilot uygulamanın sonucu elde edilen nicel ve

nitel veriler, madde analizlerini doğrudan etkilemektedir. Bu anlamda, pilot uygulamaya dahil edilecek hedef grubun kaç kişiden oluşacağı önemli noktalardan biridir (14). Bir çalışmada, pilot uygulamanın 8-10 kişi ile yapılabileceği belirtilirken (86), diğer bir çalışmada pilot uygulama için 30-50 arasındaki katılımcının yeterli olduğu belirtilmiştir (87). Çarkçı ise taslak ölçek formu ne kadar çok kişiye uygulanırsa, sonucunda rastlantısal hata faktörünün o kadar azalacağını belirtmektedir (14). Bu kapsamda çalışmada, pilot uygulama 30 yatan hasta ve 30 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Uygulama sonrası ölçeğin maddelerinde herhangi bir değişiklik yapılmamış, ancak güvenirlik analizi sonucu 14 madde, madde-toplam madde korelasyon değeri düşük olduğu için ölçekten çıkarılmıştır. Bu sonuçlar; HGDÖ'nün yüzey ve kapsam geçerliğinin sağlanmış olduğunu, ayrıca taslak HGDÖ maddelerinin hastaların güçsüzlük düzeyini ölçtüğünü göstermiştir.

Ölçeğin yüzey ve kapsam geçerliği sonrası yapı geçerliği test edilmiştir. Yapısal geçerlik, ölçeğin hangi kavramsal yapıyı ve özellikleri ölçtüğünü belirlemek ve ölçmekte olan yapıyı gerçekte ölçüp ölçmediğini ortaya koymak amacıyla yapılmaktadır (14, 83). HGDÖ'nün yapı geçerliğinin sağlanmasında faktör analizinden yararlanılmıştır. Büyüköztürk faktör analizini “birbiriyle ilişkili çok sayıda değişkeni bir araya getirerek az sayıda kavramsal olarak anlamlı yeni değişkenler (faktörler, boyutlar) bulmayı/keşfetmeyi amaçlayan çok değişkenli bir istatistik” olarak tanımlamaktadır (88). Faktör analizi, TBA ve DFA olmak üzere iki temel analiz yöntemi ile yapılmaktadır (14).

TBA, birbiri ile ilişkili maddeleri aynı gruplara toplayan, grup içindeki maddeler arasındaki ilişkiyi yüksek, gruplar arasındaki ilişkiyi ise düşük tutan bir analiz yöntemidir (14, 83). TBA, gözlemle belirlenemeyen gizli boyutları ortaya çıkararak veri setini azaltır ve basitleştirmeyi amaçlar (83). TBA'nın gerçekleştirilebilmesi için ilk olarak kullanılan verinin ve örneklem sayısının yeterli olup olmadığını belirlenir ve bunun için KMO değerine bakılır. Çünkü örneklem büyüklüğü faktör analizinin güvenirliğini etkilemektedir (14). Literatürde KMO değerine ilişkin farklı sınıflamalar bulunmaktadır (14, 89, 90). Tabacknic ve Fidell KMO'nun 0.60 ve üzerinde olmasının kabul edilebilir bir değer olduğunu ifade ederken (89), Alpar bu değer 0.80 ve üzerinde olması (90) gerektiğini belirtmiştir. Yürütülen çalışmada ise KMO değeri 0.90'dır ve bu sonuca göre kullanılan veri ve örneklem büyüklüğü yeterlidir. Bununla birlikte veri setinin çok değişkenli normallığe sahip olduğunu tespit etmek amacıyla Bartlett testi kullanılmıştır (14, 83). Bartlett testi, korelasyon matrisinin birim matrisi olup olmadığını test etmektedir. Bu testin

sonucunun anlamlı çıkması (<0.05) veri setinin çok değişkenli normalliğe sahip olduğunu göstermektedir (14). Bu çalışmada, Bartlett test sonucu anlamlı bulunmuştur. Daha sonra HGDÖ'deki her bir maddenin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için anti imaj korelasyonuna bakılmıştır ve bu değerin 0.50'den küçük olmaması gerekmektedir (91). Sonuçta HGDÖ'nün anti imaj korelasyon değerleri 0.82 ve üzerinde olup bu örnekleme faktör analizinin yapılabileceği tespit edilmiştir.

Örneklemin faktör analizi için yeterliği ve uygunluğu tespit edildikten sonra ölçeğin faktör sayısını belirlemek amacıyla TBA yapılmıştır. İlk olarak ölçekteki özdeğerler ve açıklanan toplam varyansa bakılmıştır. Karakteristik kök olarak adlandırılan öz değer, her bir faktörün açıklanan toplam varyansa katkısını göstermektedir (14). Bununla birlikte birden düşük olan öz değerli faktörler ölçekten çıkartılmaktadır (92). Değeri bir ve birden büyük öz değer varlığı ise faktör sayısını ortaya koymaktadır (83). Faktör sayısını belirlemek için kullanılan bir diğer yöntem; yamaç eğim grafiğidir (92). Bu grafikte öz değeri bir ve birden büyük olup düşüşün kırılım yaptığı yer, faktör sayısını belirlemektedir (83, 92). Bu çalışmada, fiziksel güç ve kaynaklar alt boyutunun öz değeri 8.20, içgörü alt boyutunun öz değeri 4.11, motivasyon alt boyutunun öz değeri 1.64 ve psikolojik dayanıklılık alt boyutunun öz değeri 1.54 olarak hesaplanmıştır. Bununla birlikte yamaç eğim grafiğinde 4. faktörden sonra özdeğerin birin altına düştüğü ve kırılım yaparak düz bir ivme çizdiği gözlenmiştir. Buna göre ölçek; fiziksel güç ve kaynaklar, içgörü, motivasyon ve psikolojik dayanıklılık olmak üzere dört alt boyut altında yapılanmıştır.

TBA'da uygun faktör sayısını belirlemek için kullanılan yöntemlerden biri de döndürülmüş temel bileşenler analizidir (92). Döndürme, belirlenen alt boyutların bağımsızlık, açıklık ve anlamlılık durumlarının yorumlanabilmesi için kullanılan bir yöntemdir (14). En yaygın kullanılan döndürme yöntemleri; dik döndürme ve eğik döndürmedir (14, 92). Her iki döndürme yöntemi, benzer sonuçları göstermesine rağmen yorumlamada kolaylık sağladığı için dik döndürme yöntemi daha çok tercih edilmektedir. Dik döndürme yöntemi olarak sıklıkla Varimax ve Quartimax yöntemlerinden biri kullanılmaktadır. Kuramsal bir temele dayandırılan ölçekte birden fazla faktör olduğu düşünüldüğünde faktör sayısını azaltmak için Varimax yönteminin kullanılması daha uygun bir yöntem olarak önerilmektedir (93). Bu doğrultuda bu çalışmada, dik döndürme yöntemlerinden biri olan Varimax yöntemi kullanılmış, sonuçta HGDÖ maddelerinin faktör yük değerleri tespit edilmiştir. Faktör yük değeri, maddelerin yüklendiği faktörle

ilişkisini açıklar ve yüksek olması beklenir. Bununla birlikte literatürde yüksek faktör yüküne sahip olan maddenin yüklendiği faktörü iyi ölçtüğü vurgulanmaktadır (14, 93). Büyüköztürk, faktör yük değerinin 0.60 ve üzerinde olmasını yüksek ve 0.30-0.59 arasındaki değerin orta düzeyde olduğunu bildirirken (93), Alpar bu değerin 0.30-0.40 arasında düşük, 0.50 ve üzerinde olmasının uygulama anlamlılığı olduğunu, 0.70 ve üzerinin ise yapıyı iyi açıkladığını ifade etmiştir (90). Bu çalışmada HGDÖ'nün faktör yük değerleri 0.66-0.88 aralığında bulunmuştur.

HGDÖ'nün faktör yapısını belirleme ve madde çıkarma ile ilgili yapılan bir diğer yöntem toplam açıklanan varyanstır. Erkuş ve Selvi, toplam varyansın 0.50'nin altına düşmemesinin (86) Özdamar 0.60'ın üzerinde (94) ve Alpar ise bu değerin 0.50-0.70 arasında olmasının yeterli olduğunu belirtmiştir (90). Bu çalışmada, ölçeğin toplam açıklanan varyans değeri 0.64 olarak bulunmuştur. Diğer ifadeyle HGDÖ'nün dört boyutu, "hastaların güçsüzlük düzeyini değerlendirmede" kabul edilebilir düzeye açıklamaktadır. Ayrıca çalışmada, alt boyutların varyans aralığı %23.65-%8.73 arası değişmektedir. Dolayısıyla bu boyutlara ilişkin varyans değerleri, HGDÖ'nün toplam varyansının en az %5'inden fazlasını açıkladığı için her biri bir alt boyut olarak kabul edilmiştir (95).

TBA sonrası, HGDÖ'nün TBA ile belirlenmiş faktör yapısının uygunluğunu değerlendirmek veya doğrulamak amacıyla DFA yapılmıştır (14, 83, 86, 88). DFA analizi için doğru ve daha kararlı sonuçlar elde edilmesi için örneklem sayısının yüksek olması (14, 86), TBA örnekleminde farklı bir grupta yapılması ve verilerin çok değişkenli normal dağılım göstermesi gerekmektedir. Erkuş ve Selvi, TBA ve DFA için aynı veriler üzerinde analiz yapılmasının sonuçları yanıltılabileceğini bildirmektedir (86). Bu çalışmada, DFA farklı bir örneklem grubunda yapılmış ve örneklemin yeterliği (KMO=0.90) ve verilerin çok değişkenli normallığe sahip (Bartlett testi= $X^2= 5500.784$; $p= 0.000$) olduğu belirlenmiştir. Daha sonra dört boyutlu modelin uygunluğu uyum indeksleri ile test edilmiştir (14, 83). Literatürde, x^2 , χ^2/sd , GFI, AGFI, CFI, RMSEA, SRMR, NFI, TLI ve IFI gibi uyum indeksleri yaygın olarak kullanılmaktadır (14, 83, 86). Ayrıca x^2 değerinin örneklem büyüklüğünden etkilenecek uyum kararını değiştirebileceği bildirilmekte ve bundan dolayı χ^2/sd oranına bakılması önerilmektedir (86). Bu kapsamda bu çalışmada, χ^2/sd , GFI, CFI, RMSEA, SRMR, NFI ve TLI değerlerine ele alınmıştır.

Bu çalışmada, χ^2/sd değeri 2.01 olarak bulunmuştur. Bu değerin 3 ve 3'ün altında olması iyi uyumu göstermektedir (80, 83). GFI, NFI ve TLI uyum indeksleri benzer şekilde

yorumlanmakta, 0.95-1 aralığında olması iyi uyumu göstermekte ve bire yaklaştıkça uyum iyiliği artmaktadır. Aynı zamanda GFI, NFI ve TLI değerlerinin 0.90-0.95 aralığında olması uyumun kabul edilebilir olduğunu göstermektedir (83, 86). Bu çalışmada GFI ve NFI değeri 0.90, TLI değeri 0.93 olarak belirlenmiştir. CFI değeri de 0-1 arasında değerlendirilmekte olup 1'e yaklaştıkça uyum iyiliği artmaktadır (96). Bu çalışmada CFI değeri 0.94 bulunmuştur. Kötü uyum indeksi olarak bilenen RMSEA'da 0-0.05 arasında ise değerler iyi uyum, 0.05-0.08 arasında ise değerler kabul edilebilir uyum göstermektedir. HGDÖ'nün RMSEA değeri 0.06 olarak belirlenmiştir. SRMR değeri ise 0.05 olarak saptanmıştır. SRMR değerinin 0-0.5 aralığında olması iyi uyumu, 0.05-0.10 aralığında olması ise kabul edilebilir uyumu göstermektedir (86). HGDÖ ait bu uyum indeks değerleri, DFA'da ölçeğin yapısı için önerilen üç adet modifikasyon uygulaması sonrasında elde edilmiştir. Sonuçta, HGDÖ için belirlenen uyum indeks değerleri iyi veya kabul edilebilir uyum göstermiştir.

HGDÖ'nün yapı geçerliğinin sağlamasında son aşama olarak yakınsak ve ayrışma geçerliği incelenmiştir. Ayrışma geçerliği, ölçekteki maddelerin kendi boyutları haricindeki boyutlarla daha düşük düzeyde ilişkili olması anlamına gelirken, yakınsak geçerlik maddelerin birbiriyle ve boyutlarıyla ilişkili olmasını ifade etmektedir (97). Yakınsak geçerlik CR ve AVE, ayrışma geçerliği ise MSV ve ASV değerleri ile hesaplanmaktadır. AVE değerinin 0.5'ten büyük olması (98), CR değerinin 0.7'den yüksek olması yakınsak geçerliğin göstergesi olup CR değerinin AVE değerinden daha yüksek olması beklenmektedir (99). Bununla birlikte ayrışma geçerliği için AVE değeri MSV değerinden daha büyük ve MSV değeri ASV değerinden daha büyük olmalıdır (97). Bu çalışmada, AVE değerlerinin 0.54-0.75 aralığında, CR değerlerinin 0.82-0.91 aralığında, MSV değeri 0.22-0.37 aralığında ASV değeri 0.09-0.28 aralığında bulunması ile yakınsak ve ayrışma geçerliğin sağlandığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar ve yapılan tartışmalar, HGDÖ'nün geçerli olduğunu göstermiştir.

Ölçek geliştirmede geçerlik kadar önemli bir diğer aşama güvenilirliği sağlamaktır. Güvenirlik kavramı, ölçeğin zaman içindeki tutarlılığı ve tekrarlanabilirliği olarak açıklanmaktadır (14, 83). Ölçek ile ilgili elde edilen sonuçlara yönelik, çeşitli güvenilirlik analizleri mevcuttur (14, 83, 86, 92). Bu çalışmada ölçeğin güvenilirliğine sağlama aşamasında Cronbach Alpha, madde toplam korelasyonu, Spearman Brown, Guttman Split-Half, ayırt edicilik indeksi ve test-tekrar test analizleri yapılmıştır.

HGDÖ'nün güvenilirliğini sağlamak amacıyla öncesinde iç tutarlılığı belirlenmiştir (14, 83, 86, 92). İç tutarlılık, ölçek maddelerinin, kendi içlerinde birbirleriyle ne kadar ilişkili oldukları ve homojenlik oluşturdıkları ile ilgidir (83). Cronbach Alpha, iç tutarlılığa ilişkin güvenilirlik katsayısı olup ölçekteki maddelerin varyanslarının toplamının genel varyansa bölünmesiyle elde edilmektedir (83, 92). Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı $0 \leq \text{Cronbach Alpha} \leq 1$ aralığında değer almaktadır ve bu değer 1'e yakın olması tercih edilmektedir (14, 83, 86, 92). Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısının kabul edilebilir değerine ilişkin çeşitli görüşler vardır. Bazı araştırmacılar, Cronbach Alpha için kabul edilebilir değer 0.70 ve üzeri olması gerektiğini savunurken (100), bazıları 0.60-0.70 aralığının güvenilirlik için kabul edilebilir olduğunu ifade etmektedir (14, 99). Ayrıca bu değer düşük çıkması durumunda, ölçek maddelerinin madde toplam korelasyon değerleri incelenmeli ve ölçeğe yeterli düzeyde katkı sağlamadığı (>0.30) görülen maddeler analizden çıkartılarak güvenilirlik analizi tekrar yapılmalıdır (14). Bu çalışmada, ölçeğin toplamında ve fiziksel güç ve kaynaklar, içgörü, motivasyon ve psikolojik dayanıklılık alt boyutlarında Cronbach Alpha değerleri 0.90-0.92 arasında olup bire çok yakındır. Bu değerler ile 24 maddelik Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeğinde iç tutarlılığın olduğu kabul edilebilir.

Toplam madde korelasyon analizinde, ölçekteki her bir maddenin kalan madde topluluğuyla olan ilişkilerine bakılır (92). Analiz sonucunda elde edilen madde toplam korelasyon değerlerinin pozitif ve yüksek olması beklenir (83). Literatürde toplam madde korelasyon katsayısının sınır değeri ile ilgili farklı ifadeler yer almaktadır. Büyüköztürk, toplam madde korelasyon katsayısının 0.30'dan büyük olması gerektiğini ifade ederken (93), Karagöz ve Bardakçı, 0.20'den düşük olan madde toplam korelasyonuna sahip olan maddelerin ölçekten çıkarılmasını, 0.20-0.30 arasında değer alan maddelerin kalması zorunlu ise ölçekte kalmasını ve zorunlu değil ise ölçekten çıkarılmasını bildirmiştir (83). Bu çalışmada toplam madde korelasyon değerleri 0.47-0.91 arasındadır. Bu doğrultuda çalışmadaki madde-toplam madde korelasyon değerleri, ölçek maddelerinin güvenilir olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte ölçeğin toplamı ve alt boyutları arasındaki korelasyonun ne aşırı derecede yüksek ne de aşırı derecede düşük olmaması ve anlamlı sonuç vermesi beklenir (101). HGDÖ'yü oluşturan alt boyutlar arasındaki korelasyonun aşırı uç değerlerde olmadığı ve bazı boyutlar hariç boyutların birbiriyle anlamlı bir ilişki içinde olduğu görülmüştür.

Ölçeğin iç tutarlığını test etmek için ayrıca yarıya bölme analizleri olarak kabul edilen Spearman Brown ve Guttman Split Half sonuçları incelenmiştir. Spearman Brown testinde, ölçek maddeleri tek-çift, rastgele seçimle ile ikiye ayrılarak, ölçeğin bütünüün güvenilirlik katsayısı bulunur (83). Guttman Split-Half testinde ise ölçekte birden fazla yarıya bölme işlemi yapılarak farklı güvenilirlik katsayılarının ortalaması alınır. Spearman Brown ve Guttman Split Half ile elde edilen güvenilirlik katsayısı en az 0.70 olmalıdır (95). Bu çalışmada, HGDÖ’i toplamı ve alt boyutlarında hem TBA hem de DFA sonrası test edilen Spearman Brown güvenilirlik katsayısı ve Guttman Split Half güvenilirlik katsayısı 0.78’in üzerindedir. Bu sonuçlar da HGDÖ’nün güvenilirliğinin yüksek olduğu göstermiştir.

Çalışmada yararlanılan bir diğer analiz; madde ayırt edicilik analizidir. Bu analize göre maddelerin aşırı iki uçtaki grubu birbirinden açıkça ayırt etmesi beklenir (14). Bu kapsamda ölçekten en yüksek puan alan %27’lik üst grup ve en düşük puan alan %27’lik alt grubun puanları belirlenerek karşılaştırılmıştır (14, 87). Sonuçta ölçek toplamı, alt boyutlar kapsamında %27’lik üst ve alt grup puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanması, ölçeğin ayırt edici hassas ölçüm yaptığını göstermiştir. Ayırt edicilik gücü yüksek olan ölçek, düşük ve yüksek puan alan katılımcıları ortaya koymaya yardımcı olduğundan, bu tür analizlerden elde edilen puanların güvenirliliği daha yüksek olarak tanımlanmaktadır (14).

Son olarak tüm analizler bittikten sonra bir güvenilirlik analizi olan test-tekrar test analizi yapılmıştır. Test-tekrar test yöntemi, ölçeğin belirli bir zaman içerisinde bir örneklem grubuna tekrar uygulanmasını kapsamaktadır (14, 83). Yurdabakan, test-tekrar test yönteminin, “iki uygulama arasında geçen zaman içerisinde ölçülen özellikte önemli değişikliğin olmadığı” varsayımına dayandığını ifade etmektedir (102). Her ne kadar değişimin olmaması beklense de geçen süre ve ölçülen özelliğin niteliği iki uygulama arasında farkın oluşmasına neden olabilmektedir. Burada önemli olan iki uygulama arasındaki sürenin iyi hesaplanması olarak belirtilmektedir (14). Sürenin çok kısa olması durumunda, maddelerin hatırlanma ihtimali ortaya çıkarken, sürenin çok uzun olması ise ölçülen özelliğin değişmemesini gündeme getirebilmektedir (67). Bu nedenle iki ölçüm arasındaki sürenin ne uzun ne de kısa olması gerektiği vurgulanıp (14), bu zaman aralığının iki ile dört hafta arasında değişebileceği bildirilmektedir (103). Bununla birlikte test-tekrar test yönteminde elde edilen korelasyon değerinin 1’e yakın olması beklenmekle birlikte 0.70 ve üzerindeki bir değer iki ölçüm arasındaki kararlılık için yeterli kabul edilmektedir

(14). Yürütülen çalışmada da toplamda ve alt boyutlarda korelasyon değeri 0.86'ın üzerinde bulunmuştur ve iki ölçüm arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu sonuçlar, HGDÖ'nün zamana bağlı olarak kararlı/tutarlı ölçüm yaptığını göstermiştir.

5.2. Hastalara ve Hemşirelere Göre Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeğinin Bulgularının Tartışması

DFA örnekleminde hastaların güçsüzlük algısının değerlendirildiğinde, çoğu erkek, evli ve kronik hastalığa sahip olan hastaların güçsüzlük algısı düşükken çoğu kadın, evli ve lisans mezunu olan hemşirelere göre hastaların güçsüzlük düzeyi orta seviyededir. Bununla birlikte hemşirelere göre hastaların güçsüzlük algısını değerlendiren çalışmaya rastlanmamasına rağmen hastaların öz değerlendirmesi ile güçsüzlük algılarını inceleyen birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmalara göre hastalar kendilerini güçsüz hissetmişlerdir (1, 9, 15, 57, 59, 104). Bununla birlikte yürütülen çalışmada hem hemşirelerin hem hastaların görüşleri doğrultusunda diğer boyutlara göre hastaların özellikle psikolojik dayanıklılık boyutunda daha çok güçsüz olduğu saptanmıştır. Bir sistematik derlemede de hastaların psikolojik dayanıklılıklarının olumsuz yönde etkilendiği ve bunun hastalık algısı, tedaviye uyum, öz-yeterlik, güçsüzlük, kabullenme, baş etme mekanizmaları, sosyal destek gibi birçok psikolojik faktörlerle ilişkilendirildiği görülmüştür. Psikolojik dayanıklılık, olumsuzluklara, krizlere ve stres etkenlerine uyum sağlayarak hemen ardından normal psikososyal işlevselliğe devam etme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (105). Bu kapsamda yürütülen çalışmada, hastaların psikolojik dayanıklılığa ilişkin kendisini güçsüz hissetmesinin nedeni; hastalığını ve içinde bulunduğu durumu kabullenememesine, ayrıca hastanede yatmaya bağlı konfor alanının bozulmasına, stres ve belirsizlik yaşanmasına bağlanabilir. Bu açıdan hastaların psikolojik dayanıklılığına ilişkin güçsüzlük algısı daha fazla artmış olabilir.

Çalışmada hastaların ve hemşirelerin güçsüzlük puanları karşılaştırıldığında her iki grubun güçsüzlük değerlendirmesi anlamlı farklılık göstermiştir. Diğer bir deyişle HGDÖ toplamında, fiziksel güç ve kaynaklar ve içgörü alt boyutlarında hastalara göre hemşireler hastaları daha güçsüz değerlendirmişlerdir. Hemşirelerin hastaları daha güçsüz değerlendirmelerinin nedeni, hastaların büyük çoğunun kronik bir hastalığa sahip olması, dahili kliniklerde yatarak tedavi gören bu hastaların hemşirelere daha fazla bağımlı olması, hastalıklarına ve bakımlarına ilişkin karar vermede zorlanmaları ve bakımlarına yeterince katılamamalarından kaynaklanmış olabilir. Bu sonucu destekler şekilde çalışmada kronik

hastalığa sahip olan hastaların kendilerini daha güçsüz olarak değerlendirmesi anlamlı bulunmuştur. Ahmad ve Abdelwareth çalışmasında da kronik rahatsızlığa sahip hastaların %46'sının hafif, %17'sinin orta ve %20'sinin yüksek düzeyde güçsüzlük yaşadığı tespit edilmiştir (1). Bazı nitel çalışmalarda da bu çalışma sonuçlarına uyumlu olacak şekilde kronik rahatsızlıkları olan ve bir yıl içinde ikiden fazla kez hastaneye yatan hastaların ve yoğun bakımda yatan hastaların yüksek düzeyde güçsüzlük yaşadıkları saptanmıştır (15, 59, 104).

Kronik hastalıkların dışında çalışmada, hastaların güçsüzlük algısını daha küçük yaşta (30 yaş altında) olmaları, üniversite düzeyine sahip olmaları, çalışıyor olmaları, gelir düzeyinin iyi olması pozitif yönde etkilemiştir. Bu sonuçlarını destekler nitelikte Alves ve arkadaşları ile Ahmad ve Abdelwareth çalışmalarında hastaların yaşı arttıkça güçsüzlük algısı artmıştır (1, 57). Ayrıca Ahmad ve Abdelwareth çalışmasında, okuma yazma bilmeyen ve çalışmayan hastalarda güçsüzlüğün daha yoğun yaşadığını rapor etmiştir (1).

Hastaların güçsüzlüğüne ilişkin hemşirelerin değerlendirmelerini ise hemşirelerin medeni durumu ve çalıştıkları klinik etkilemiştir. Evli olan hemşirelere göre bekar olan hemşireler hastaları genel olarak daha güçsüz değerlendirmişlerdir. Bu durum bekar hemşirelerin hastalara daha fazla zaman ayırıp iletişime geçmesinden, dolayısıyla hastaların güçsüzlük düzeylerini fark etmiş olmalarından kaynaklanabilir. Bununla birlikte cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelere göre dahili klinikte çalışan hemşireler, hastaları özellikle içgörü boyutunda daha fazla güçsüz olarak değerlendirmişlerdir. Bunun nedeni çoğunlukla cerrahi kliniklerde akut hastalıkların ve kısa süreli yatışların, dahili kliniklerde ise kronik ve komorbid hastaların yatmasından kaynaklı hastaları daha güçsüz algılamış olabilirler.

Sonuç olarak bu çalışma ile hasta ve hemşireler tarafından hastaların güçsüzlüğünün değerlendirilmesi amacıyla geliştirilen HGDÖ'nün Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptanmıştır. Bu kapsamda ilk olarak akran, hasta, hemşire ve uzman görüşleri doğrultusunda ölçeğin yüzey geçerliği sağlanmıştır. Ardından ölçeğin KGİ değeri de 0.75 olarak iyi düzeyde saptanmış ve ölçek maddelerinin hastaların güçsüzlük düzeyini değerlendirmek için uygun olduğu belirlenmiştir. Sonrasında KMO ve Bartlett değerlerine göre TBA ve DFA analizlerinin uygun ve yeterli örneklemle yürütüldüğü, çok değişkenli yapıya sahip ve değişkenler arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. TBA sonrası ölçeğin fiziksel güç ve kaynaklar (9 madde), içgörü (9 madde),

motivasyon (3 madde) ve psikolojik dayanıklılık (3 madde) olmak üzere dört alt boyuttan ve toplam 24 maddeden oluştuğu belirlenmiştir. Bu dört boyutlu yapı, yamaç grafiği ile doğrulanmıştır ve hastaların güçsüzlük düzeyini değerlendiren maddelerin %64'ünü açıklamıştır. DFA sonuçlarında ise ölçeğin kabul edilebilir ve iyi uyum indeks değerlerine sahip olduğu belirlenmiş ve HGDÖ'nün dört boyutlu yapısı doğrulanmıştır. Ayrıca alt boyutlar düzeyinde ASV değerlerinin MSV değerlerinden, AVE değerinin 0.50 üzerinde olup MSV değerinden, CR değerinde 0.70 üzerinde olup AVE değerinden yüksek olması ölçeğin yakınsak ve ayrışma geçerliği olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte HGDÖ'nün toplamında ve alt boyutlarında güvenilirliğine ilişkin Cronbach Alpha değerlerinin 0.75'nin, Spearman Brown ve Guttman Splitt-Half değerlerinin 0.78'in, madde- toplam madde korelasyon değerlerinin 0.47'nin üzerinde olması, ayrıca ayırt edicilik analizinde %27 lik üst ve alt gruplar arasında anlamlı farkın olması ve test tekrar test analizinde ilk ve son ölçüm arasında anlamlı fark olması ve korelasyon değerlerinin 0.86 üzerinde ve bu ilişkinin anlamlı olması ölçeğin iç tutarlığının dolayısıyla güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermiştir.

Ayrıca DFA örnekleminde hastaların güçsüzlük düzeyi hastaların değerlendirmesine göre düşük ve hemşirelerin değerlendirmesine göre orta düzeyde bulunmuştur. Düzeyler arasındaki bu fark, istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Bununla birlikte özellikle psikolojik dayanıklılık açısından daha güçsüz bulunan hastaların güçsüzlük düzeyine ilişkin değerlendirmelerini; hastaların yaşı, eğitim ve çalışma durumu, gelir ve bir kronik hastalığa sahip olma durumu etkilemiştir. Yaşı 31 ve üzerinde, eğitim düzeyi üniversitenin altında olan, herhangi bir işte çalışılmayan ve gelir durumu düşük olan hastaların daha fazla güçsüzlük deneyimlediği saptanmıştır. Hemşirelerde ise bekar olan hemşireler hastaları daha güçsüz olarak değerlendirirken, dahili kliniklerdeki hemşireler HGDÖ'nün içgörü boyutunda hastaları daha güçsüz bulmuşlardır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Geçerli ve güvenilir olarak kabul edilen HGDÖ hem hastalar hem hemşireler tarafından kullanılabilir. Hastaların ve hemşirelerin değerlendirmeleri karşılaştırılarak hastaların güçsüzlük tanısı ve boyutları daha somut, doğru ve tutarlı bir şekilde tanımlanabilir.
- HGDÖ ile birçok farklı hastalık tanısına sahip bireylerin güçsüzlük algısı belirlenebilir.

- HGDÖ ile belirlenen hastaların güçsüzlük düzeyine ilişkin hemşirelik bakımı planlanarak, hastaların güçsüzlük düzeyi azaltılabilir.
- Araştırma sonuçlarına göre evli ve cerrahi kliniklerde çalışan hemşireler öncelikli olmak üzere tüm hemşirelerin güçsüzlüğüne yönelik bilgi ve farkındalıklarının artırılması için eğitimler sağlanabilir.
- Geliştirilen ölçeğin farklı kültür ve toplumlarda geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılabilir.
- Bu araştırmanın sonuçları, sistematik derleme veya meta-analiz yapılan diğer çalışmalarda veri olarak kullanılabilir, analitik çalışmalarla sonuçları karşılaştırılabilir.
- Geliştirilen güçsüzlük ölçeği ile hastalarda kaygı, etkisiz baş etme, çaresizlik, düşük benlik saygısı ve umutsuzluk gibi kavramlar arasındaki ilişkiye bakılabilir.

6. KAYNAKLAR

1. Mohamed Ahmad I, Saad Abdelwareth M (2023). Feelings of powerlessness in critically ill patients with cardiac diseases. *Egyptian Journal of Health Care* 14(3): 184-194.
2. Hawash MM, Mohamed AAER, El-Sayed MM, El-Ashry AM, Hafez SA (2024). Association between health-related empowerment and health-protective behaviors among community-dwelling older adults. *Archives of Psychiatric Nursing* 48: 59-67.
3. Alves Silva R, Lima Martins ÁK, Barreto de Castro N, Viana AV, Butcher HK, Martins da Silva V (2017). Analysis of the concept of powerlessness in individuals with stroke. *Investigacion y Educacion en Enfermeria* 35(3): 306-319.
4. Boudioni M, Hallett N, Lora C, Couchman W (2015). More than what the eye can see: The emotional journey and experience of powerlessness of integrated care service users and their carers. *Patient Preference and Adherence* 9: 529–540.
5. Sheridan NF, Kenealy TW, Kidd JD, Schmidt Busby JI, Hand JE, Raphael DL, McKillop MA, Rea HH (2015). Patients' engagement in primary care: Powerlessness and compounding jeopardy. A qualitative study. *Health Expectations* 18(1): 32-43.
6. Nishio I, Chujo M, Kataoka H (2016). A qualitative study of confusing experiences among Japanese adult patients with type 1 diabetes. *Yonago Acta Medica* 59(1): 81.
7. Sahputra D, Susanti H (2018). Positive thinking exercise as an intervention for reducing feeling of powerlessness in individuals with diabetes mellitus. *UI Proceedings on Health and Medicine* 3: 10-12.
8. Fromm E (2019). On the feeling of powerlessness. *Psychoanalysis and History* 21(3): 311-329.
9. Huang Y, Yang Y, Ni P, Xiao X, Ye J, Kui G, Xie T (2018). Translation and validation of the Chinese powerlessness assessment tool. *Wound Repair and Regeneration* 26(2): 200-205.
10. De Almeida SA, Salomé GM, Dutra RAA, Ferreira LM (2014). Feelings of powerlessness in individuals with either venous or diabetic foot ulcers. *Journal of Tissue Viability* 23(3): 109-114.

11. Lyu XC, Jiang HJ, Lee LH, Yang CI, Sun XY (2024). Oncology nurses' experiences of providing emotional support for cancer patients: A qualitative study. *BMC Nursing* 23(1): 58.
12. Silva RA, Martins AKL, Castro NB, Viana AV, Butcher HK, Silva VM (2021). Powerlessness. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT (Ed.), *Nursing Diagnoses Definitions and Classification 2021-2023*. Twelfth Edition. Thieme, New York, Page: 426-427.
13. Braga CG, Cruz DDALMD (2009). Powerlessness assessment tool for adult patients. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 43: 1063-1070.
14. Çarkçı J (2020). Sosyal Bilimlerde Ölçek Geliştirme Kılavuzu. Çizgi Kitapevi, İstanbul.
15. Kubsch S, Wichowski HC (1997). Restoring power through nursing intervention. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 8(1): 7-15.
16. Agner J, Braun KL (2018). Patient empowerment: A critique of individualism and systematic review of patient perspectives. *Patient Education and Counseling* 101(12): 2054-2064.
17. Alkan A, Erdem R (2019). Güç: formal ve informal yönden güce kavramsal bir bakış. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi* 10(24): 405-433.
18. Türk Dil Kurumu (2024). Türk dil kurumu sözlükleri [online]. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>. [21.01.2024 erişildi].
19. Barrett EAM, Caroselli C (1998). Methodological ponderings related to the power as knowing participation in change tool. *Nursing Science Quarterly* 11(1): 17-22.
20. Miller JF (2000). Client Power Resources. *Coping with Chronic Illness Overcoming Powerlessness*. Third edition. F.A. Davis Company, Philadelphia, 3-19.
21. Petkanopoulou K, Willis GB, Rodríguez-Bailón R (2016). The Emotional Side of Power (Lessness). In: *Coping with Lack of Control in a Social World*. Taylor & Francis Group, Routledge.

22. Goettlich A (2020). Power and powerlessness: Alfred Schutz's theory of relevance and its possible impact on a sociological analysis of power. *Civitas-Revista de Ciências Sociais* 11: 491-508.
23. Seeman M (2001). *Alienation: Psychosociological Tradition*. First edition. Elsevier, Amsterdam.
24. Aujoulat I, Luminet O, Deccache A (2007). The perspective of patients on their experience of powerlessness. *Qualitative Health Research* 17(6): 772-785.
25. Papaioannou K, Pantazi M, van Prooijen JW (2023). Unravelling the relationship between populism and belief in conspiracy theories: The role of cynicism, powerlessness and zero-sum thinking. *British Journal of Psychology* 114(1): 159-175.
26. Hanly C, Leonardi M, Eathorne A, Armour M (2023). The impact of diagnostic method on sense of control and powerlessness and social support in endometriosis patients-A retrospective cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 102(10): 1390–1395.
27. Johnson DE (1967). Powerlessness: a significant determinant in patient behavior? *The Journal of Nursing Education* 6(2): 39-44.
28. Batho D (2022). Experiences of powerlessness and the limits of control in healthcare. *International Journal of Philosophy and Theology* 83(5): 405-415.
29. Cislak A, Cichocka A, Wojcik AD, Frankowska N (2018). Power corrupts, but control does not: What stands behind the effects of holding high positions. *Personality and Social Psychology Bulletin* 44(6): 944-957.
30. Willems YE, Boesen N, Li J, Finkenauer C, Bartels M (2019). The heritability of self-control: A meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 100: 324-334.
31. Cutright KM, Wu EC (2023). In and out of control: Personal control and consumer behavior. *Consumer Psychology Review* 6(1): 33-51.
32. Hyun S, Ku X (2020). How does power affect happiness and mental illness? The mediating role of proactive coping. *Cogent Psychology* 7(1): 1844515.
33. Heaton J, Räisänen U, Salinas M (2016). 'Rule your condition, don't let it rule you': young adults' sense of mastery in their accounts of growing up with a chronic illness. *Sociology of Health & Illness* 38(1): 3-20.

34. Seeman M, Lewis S (1995). Powerlessness, health and mortality: A longitudinal study of older men and mature women. *Social Science & Medicine* 41(4): 517-525.
35. Stepanian N, Larsen MH, Mendelsohn JB, Mariussen KL, Heggdal K (2023). Empowerment interventions designed for persons living with chronic disease - a systematic review and meta-analysis of the components and efficacy of format on patient-reported outcomes. *BMC Health Services Research* 23(1): 911.
36. TenHouten WD (2016). The emotions of powerlessness. *Journal of Political Power* 9(1): 83-121.
37. Arias JA, Williams C, Raghvani R, Aghajani M, Baez S, Belzung C, Booij L, Busatto G, Chiarella J, Fu CH, Ibanez A, Liddell BJ, Lowe L, Penninx BWJH, Rosa P, Kemp AH (2020). The neuroscience of sadness: A multidisciplinary synthesis and collaborative review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 111: 199–228.
38. Mertens G, Gerritsen L, Duijndam S, Saleminck E, Engelhard IM (2020). Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *Journal of Anxiety Disorders* 74: 102258.
39. Raber J, Arzy S, Bertolus JB, Depue B, Haas HE, Hofmann SG, Kangas M, Kensinger E, Lowry CA, Marusak HA, Minnier J, Mouly AM, Mühlberger A, Norrholm SD, Peltonen K, Pinna G, Rabinak C, Shibani Y, Soreq H, van der Kooij MA, Lowe L, Weingast LT, Yamashita P, Boutros SW (2019). Current understanding of fear learning and memory in humans and animal models and the value of a linguistic approach for analyzing fear learning and memory in humans. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 105: 136–177.
40. Kettunen T, Poskiparta M, Gerlander M (2002). Nurse–patient power relationship: Preliminary evidence of patients’ power messages. *Patient Education and Counseling* 47(2): 101-113.
41. Celik Y, Ayna YE (2021). Ergenlerde duygu düzenleme ile depresif belirtiler arasındaki ilişkilerin incelenmesi: sistematik bir gözden geçirme. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi* 5(4): 1459-1485.

42. Mohamed Mohamed WJ, Joseph L, Canby G, Paungmali A, Silitertpisan P, Pirunsan U (2020). Are patient expectations associated with treatment outcomes in individuals with chronic low back pain? A systematic review of randomised controlled trials. *International Journal of Clinical Practice* 74(11): e13680.
43. Laferton JA, Kube T, Salzmann S, Auer CJ, Shedden-Mora MC (2017). Patients' expectations regarding medical treatment: A critical review of concepts and their assessment. *Frontiers in Psychology* 8: 233.
44. Ramírez AS, Arellano Carmona K (2018). Beyond fatalism: Information overload as a mechanism to understand health disparities. *Social Science & Medicine* (1982) 219: 11–18.
45. Jovančević A, Milićević N (2020). Optimism-pessimism, conspiracy theories and general trust as factors contributing to COVID-19 related behavior—A cross-cultural study. *Personality and Individual Differences* 167: 110216.
46. Sanjuán P, Arranz H, Castro A (2012). Pessimistic attributions and coping strategies as predictors of depressive symptoms in people with coronary heart disease. *Journal Of Health Psychology* 17(6): 886–895.
47. Shupp M, Brooks F, Yost L (2021). The interface of drug and alcohol addiction, suicide, and surrender: Implications for treatment and approaches. *Alcoholism Treatment Quarterly* 39(2): 198-209.
48. White Barbara S, Roberts Sharon L (1993). Powerlessness and the pulmonary alveolar edema patient. *Dimensions of Critical Care Nursing* 12(3): 127–137.
49. Gaventa J (1982). *Power and Powerlessness: Quiescence and Rebellion in an Appalachian Valley*. University of Illinois Press, London.
50. Gaventa J (2021). *Power and Powerlessness in an Appalachian Valley—Revisited*. In: *Authoritarian Populism and the Rural World*. Routledge, Netherlands.
51. Ryan RM, Deci EL (2019). “Brick by brick: the origins, development and future of self-determination theory. *Advances in Motivation Science* 6: 111-156.
52. Taylor SE (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist* 38(11): 1161.

53. Seeman M (1959). On the meaning of alienation. *American Sociological Review* 24(6): 783-791.
54. Seeman M (1983). Alienation motifs in contemporary theorizing: The hidden continuity of the classic themes. *Social Psychology Quarterly* 46(3): 171-184.
55. Cuzco C, Torres Castro R, Torralba Y, Manzanares I, Muñoz Rey P, Romero García M, Martínez Momblan MA, Martínez Estalella G, Delgado Hito P, Castro P (2021). Nursing interventions for patient empowerment during intensive care unit discharge: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(21): 11049.
56. Sand L, Strang P, Milberg A (2008). Dying cancer patients experiences of powerlessness and helplessness. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 16(7): 853–862.
57. Alves SG, Gardona RGB, Reis BC, Vilela LHR, Salomé G (2023). Association of sociodemographic effects and injury to feelings of powerlessness and hope in individuals with venous ulcers. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica* 28: 672-680.
58. Liotti G (2014). Overcoming powerlessness in the clinical exchange with traumatized patients. *Psychoanalytic Inquiry* 34(4): 322-336.
59. Wermström J, Rylén E, Axelsson ÅB (2017). From powerlessness to striving for control—experiences of invasive treatment while awake. *Journal of Clinical Nursing* 26(7-8): 1066-1073.
60. Apolônio FR, Pontes CM, Perrelli JGA, Sousa SDMA, Mendes RCMG, Manguiera SDO, Linhares FMP (2021). Content validity of the nursing diagnosis powerlessness in women during natural childbirth. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 55: e20210198.
61. Bravo P, Edwards A, Barr PJ, Scholl I, Elwyn G, McAllister M (2015). Conceptualising patient empowerment: a mixed methods study. *BMC Health Services Research* 15(1): 1-14.

62. Cardoso Barbosa H, de Queiroz Oliveira JA, Moreira da Costa J, de Melo Santos RP, Gonçalves Miranda L, de Carvalho Torres H, Pagano AS, Parreiras Martins MA (2021). Empowerment-oriented strategies to identify behavior change in patients with chronic diseases: An integrative review of the literature. *Patient Education and Counseling* 104(4): 689–702.
63. Lambrinou E, Hansen TB, Beulens JW (2019). Lifestyle factors, self-management and patient empowerment in diabetes care. *European Journal of Preventive Cardiology* 26(2): 55-63.
64. Han-Pile B (2024). Impact: Understanding powerlessness, understanding patients [online]. Available from: <https://www.essex.ac.uk/research/showcase/understanding-powerlessness-understanding-patients>. [Accessed 6 March 2024].
65. Erkuş A (2016). Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarındaki sorunlar ile yazım ve değerlendirilmesi. *Pegem Atıf İndeksi*, 0, 1221-1234. doi:10.14527/9786053183563.075.
66. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş (2021). Sosyal Bilimler için Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları. Altıncı baskı. Pegem Akademi, Ankara.
67. Tavşancıl E (2018). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. Altıncı baskı. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti, Ankara.
68. Braga CG (2004). Construção e validação de um instrumento para avaliação do senso de impotência. Doutorado tese, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo.
69. Efraimsson E, Rasmussen BH, Gilje F, Sandman PO (2003). Expressions of power and powerlessness in discharge planning: A case study of an older woman on her way home. *Journal of Clinical Nursing* 12(5): 707-716.
70. Park SY (1999). The relationship among family support, powerlessness and depression in the elderly patient. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing* 11(3): 425-435.
71. Kornhaber RA, Wilson A (2011). Enduring feelings of powerlessness as a burns nurse: A descriptive phenomenological inquiry. *Contemporary Nurse* 39(2): 172–179.
72. Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C, Tekin D (1993). Umutsuzluk ölçeği: Geçerlilik ve güvenirliği. *Kriz Dergisi* 1(3): 139-142.

73. Rogers ES, Chamberlin J, Ellison ML, Crean T (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services* 48(8): 1042–1047.
74. Dağ İ (1991). Rosenbaum’ un öğrenilmiş güçlülük ölçeğinin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2(4): 269-274.
75. Shih SN, Shih FJ, Chen CH, Lo CH (2000). The forgotten faces: The lonely journey of powerlessness experienced by elderly single Chinese men with heart disease in Taiwan. *Geriatric Nursing* 21(5): 254–259.
76. Dağ İ (2002). Kontrol odağı ölçeği (KOÖ): Ölçek geliştirme, güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 17(49): 77-90.
77. Choi MK, Lee YH (2010). Depression, powerlessness, social support, and socioeconomic status in middle aged community residents. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19(2): 196-204.
78. Forsgårde ES, Attebring MF, Elmqvist C (2016). Powerlessness: Dissatisfied patients’ and relatives’ experience of their emergency department visit. *International Emergency Nursing* 25: 32-36.
79. Güğercin U, Aksay B (2017). Dean’ın yabancılaşma ölçeğinin türkçe uyarlaması: Geçerlilik ve güvenirlik analizi. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi* 13(1): 137-154.
80. Yorulmaz Yİ, Çolak İ, Altinkurt Y, Yılmaz K (2018). Örgütsel güç mesafesi ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Trakya Journal of Education* 8(4): 671-686.
81. Karadaş A, Yıldırım A (2019). Yönetici hemşirelerde algılanan güç kaynağı: Bir ölçek geliştirme çalışması. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 6(1): 1-10.
82. Bozkur B (2020). Kadın psikolojik güç ölçeği: Ölçek geliştirme çalışması. *Fe Dergi* 12(2): 15-31.
83. Karagöz Y, Bardakçı S (2020). Bilimsel Araştırmalarda Kullanılan Ölçme Araçları ve Ölçek Geliştirme. Birinci baskı. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti, Ankara.

84. Ayre C, Scally AJ (2014). Critical values for Lawshe's content validity ratio: Revisiting the original methods of calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development* 47(1): 79-86.
85. Lawshe CH (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology* 28(4): 563-575.
86. Erkuş A, Selvi H (2021). Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme III ölçek uyarlama ve norm geliştirme. İkinci baskı. Pegem Akademi, Ankara.
87. Şeker H, Gençdoğan B (2014). Psikolojide ve Eğitimde Ölçme Aracı Geliştirme. İkinci baskı. Nobel Yayıncılık, Ankara.
88. Büyüköztürk Ş (2002). Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi* 32(32): 470-483.
89. Tabachnick BG, Fidell LS (2020). Çok değişkenli istatistiklerin kullanımı. Baloğlu M (Ed.) Altıncı baskı. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
90. Alpar R (2022). Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. Yedinci baskı. Detay Yayıncılık, Ankara.
91. Field A (2013). Discovering Statistics Using IBM SPSS statistics. 4th ed. Sage Publications, California.
92. Totan T (2022). Ölçek Geliştirme Kuram ve Uygulamalar. Üçüncü baskı. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
93. Büyüköztürk Ş (2021). Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı İstatistik Araştırma Deseni SPSS Uygulamaları ve Yorum. 29. baskı. Pegem Akademi, Ankara.
94. Özdamar K (2017). Eğitim, Sağlık ve Davranış Bilimlerinde Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi IBM SPSS, IBM SPSS AMOS ve MINITB Uygulamalı. Nisan Kitabevi, Eskişehir.
95. Seçer İ (2018). Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci SPSS VE LISREL Uygulamaları. İkinci baskı. Anı Yayıncılık, Ankara.
96. Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu SY (2013). Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 33(1): 210-223.

97. Yaşlıoğlu MM (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi 46: 74-85.
98. Ab Hamid MR, Sami W, Sidek M M (2017). Discriminant validity assessment: Use of Fornell & Larcker criterion versus HTMT criterion. In Journal of Physics: Conference Series. IOP Publishing. 012163.
99. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE (2014). Multivariate Data Analysis: A Global Perspective. 7th edition, Pearson Education, Upper Saddle River.
100. Kılıç S (2016). Cronbach'ın alfa güvenirlik katsayısı. Journal of Mood Disorders 6(1): 47-48.
101. Dilekçi Ü, Nartgün ŞS (2020). Öğretmenlerin algıladıkları uyumsal performans ölçeğinin Türk kültürüne uyarlanması: Geçerlik-güvenirlik ve betimsel analiz. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 35(2): 448-465.
102. Yurdabakan İ (2008). Eğitimde Kullanılan Ölçme Araçlarının Nitelikleri. Erkan S, Gömleksiz M (Ed.), Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
103. Gözüml S, Aksayan S (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi 5(1): 3-14.
104. Shahrzad Z, Bastani S, Vedadhir A (2021). Coping with powerlessness in the experience of illness: A narrative study of complementary and alternative medicine users. Quarterly of Social Studies and Research in Iran 10(4): 999-1028.
105. Lau J, Khoo AMG, Ho AHY, Tan KK (2021). Psychological resilience among palliative patients with advanced cancer: A systematic review of definitions and associated factors. Psycho-Oncology 30(7): 1029-1040.



Ek 1. Hasta Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma hastaların ve hemşirelerin değerlendirmesi ile hastaların güçsüzlük algısını belirleyecek bir ölçme aracı geliştirilmesi amacıyla yapılacaktır. Veriler bilimsel amaçlı kullanılacak olup kimseyle paylaşılmayacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

HASTA BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz

1. Kadın 2. Erkek

2. Yaşınız:

3. Medeni durumunuz

- 1.Evli 2. Bekar

4. Eğitim durumunuz

- 1.Okur yazar değil 2. Okur yazar 3. İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise 6. Üniversite ve üzeri

5. Çalışma durumunuz

1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor 3. Emekli

6. Gelir durumunuz

1. Çok kötü 2.Kötü 3.Orta 4. İyi 5. Çok İyi

7. Kronik bir hastalığınız var mı

1. Evet 2. Hayır

Ek 2. Hemşire Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma hastaların ve hemşirelerin değerlendirmesi ile hastaların güçsüzlük algısını belirleyecek bir ölçme aracı geliştirilmesi amacıyla yapılacaktır. Veriler bilimsel amaçlı kullanılacak olup kimseyle paylaşılmayacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

HEMŞİRE BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz

1. Kadın 2. Erkek

2. Yaşınız:

3. Medeni durumunuz

1. Evli 2. Bekar

4. Eğitim durumunuz

1. Lise 2. Üniversite 3. Lisansüstü

5. Mesleki deneyim ayınız/yılıınız:.....

6. Çalıştığınız birim/klinik

1. Dahili 2. Cerrahi 3. Özel birimler

7. Çalıştığınız birim/klinikte çalışma süreniz:.....

Ek 4. (Devamı)



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

BASVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi"
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2022/7
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Havva Öztürk
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRMACILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Doktora Öğrencisi Betül BAL
	DESTEKLEYİCİ	Yok
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	Yok
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	YÜKSEK LİSANS TEZİ ☐ DOKTORA TEZİ ☒ BİLİMSEL ARAŞTIRMA/PROJE ☐ BAP PROJESİ ☐ TÜBİTAK PROJESİ ☐ KURUMSAL ARAŞTIRMA ☐ BİTİRME PROJESİ ☐ DİĞER (LÜTFEN BELİRTİNİZ) ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	DİĞER	☐		

Ek 4. (Devamı)



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 4	Tarih: 20.10.2022
	Prof. Dr. Havva Öztürk'ün sorumluluğunda yürütülen ve araştırmacıları Doktora Öğrencisi Betül BAL olan "Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi" başlıklı 2022/7 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	
	KTÜ SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI		Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI		Prof. Dr. Nesrin NURAL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof. Dr. Nesrin NURAL Başkan	İç Hastalıkları Hemşireliği	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Seçil GÜLHAN GÜNER Başkan Yardımcısı	İç Hastalıkları Hemşireliği	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Umut APAYDIN Raportör	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Sedat BOSTAN Üye	Sağlık Yönetimi	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Hacer KOBAY BULUT Üye	Çocuk Hastalıkları ve Hemşireliği	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Gülşen DELİKANLI AKBAY Üye	Beslenme ve Diyetetik	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Turgay ALTUNALAN Üye	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Arş. Gör. Dr. Merve AYDIN Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Arş. Gör. Dr. Duygu ÜREK Üye	Sağlık Yönetimi	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

*: Araştırma ile ilişki / **: Toplantıda Bulunma

Ek 5. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, hasta ve hemşirelerin değerlendirmesi ile hastaların güçsüzlük düzeyinin belirleneceği geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirilmesi amacıyla planlanmıştır.

Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Sizinle yürütülecek olan bu araştırmaya katılım konusunda serbestsiniz. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz lütfen formu imzalayınız.

Çalışmanın sonuçları doğrultusunda hastalar ve hemşirelerden elde edilen verilerle hastaların güçsüzlük düzeylerini belirleyecek bir ölçme aracı geliştirerek, bu konuya yönelik çalışmalara katkı sağlayacaktır.

Çalışma kapsamında, katılımcıların kişisel özellikleri ile ilgili maddeleri içeren “Katılımcı Bilgi Formu” ve “Taslak Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeği” kullanılacaktır.

Hemşirelik alanında; hemşireler, hastaların hangi alanlarda güçsüzlük yaşadıklarını ve güçsüzlüğün ciddiyetini tanımlayarak gerekli girişimleri planlayıp uygulayabilirler.

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen çalışmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.”

“Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”

Gönüllünün

Adı / soyadı:

İmzası:

Tarih:

Tez Çalışmasının Yürütücüsü: Betül BAL

Tez Çalışmasının Danışmanı: Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK

Ek 6. Hastalarda Güçsüzlük Değerlendirme Ölçeği

HASTALARDA GÜÇSÜZLÜK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HASTA)

Lütfen aşağıda yer alan ölçeğe ilişkin görüşlerinizi 1-5 arasında (1=Kesinlikle katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Tamamen katılıyorum) puan vererek değerlendiriniz.

No	Hastalarda güçsüzlüğe ilişkin maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Hastalıkla baş edebilmek için fiziksel güce sahibim.	1	2	3	4	5
2	Başkalarının yanında bedenimi/vücudumu kontrol edebilirim.	1	2	3	4	5
3	İhtiyaçlarımı karşılamak için başkalarının fiziksel gücüne/yardıma ihtiyacım var.	1	2	3	4	5
4	Temel gereksinimlerimi (beslenme, boşaltım, bireysel hijyen vb.) karşılayabilirim.	1	2	3	4	5
5	İhtiyacımı karşılayabilmek için hareket edebilirim.	1	2	3	4	5
6	İhtiyacımı karşılarken fiziksel olarak zorlanırım.	1	2	3	4	5
7	Tedavime ve bakımıma katılabilecek fiziksel güce sahibim.	1	2	3	4	5
8	Riskli durumlarda kendimi koruyacak şekilde hareket ederim.	1	2	3	4	5
9	Reflekslerim kendimi koruyacak düzeydedir.	1	2	3	4	5
10	Hastalığın bana ne yapacağını umursamıyorum.	1	2	3	4	5
11	Hastalığım dolayısıyla hayattan hiçbir şey beklemiyorum.	1	2	3	4	5
12	Beni kimsenin umursadığı yok.	1	2	3	4	5
13	Doğru yaptığım hiçbir şey yokmuş gibi hissediyorum.	1	2	3	4	5
14	Kendi adıma karar veremem.	1	2	3	4	5
15	Kendimi sağlık ekibine (hekim, hemşire vb) ifade edemiyorum.	1	2	3	4	5
16	Hastalığım hakkında yeterli bilgiye sahip değilim.	1	2	3	4	5
17	Hastalığımla baş edecek kadar bilgi sahibi değilim.	1	2	3	4	5
18	Bana neler olduğunu bilmek istemiyorum.	1	2	3	4	5
19	Tedavime ve bakımıma katılmayı isterim.	1	2	3	4	5
20	Tedavimde ve bakımımda başarılı olacağıma ilişkin kendime inanıyorum.	1	2	3	4	5
21	Sağlık sorunun karşısında ne yapabileceğim konusunda kendime güveniyorum.	1	2	3	4	5
22	Hastalığım ile ilgili beklenmedik durumlar karşısında üzülürüm.	1	2	3	4	5
23	Hastalık süreci boyunca değişen durumlara uyum sağlayamam.	1	2	3	4	5
24	Hastalığım sırasında ilgi görmezsem kendimi kötü hissederim.	1	2	3	4	5

Ek 6. (Devamı)

HASTALARDA GÜÇSÜZLÜK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HEMŞİRE)

Lütfen bakım vermiş olduğunuz hastada aşağıda yer alan ölçeğe ilişkin görüşlerinizi 1-5 arasında (1=Kesinlikle katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Tamamen katılıyorum) puan vererek değerlendiriniz.

No	Hastalarda güçsüzlüğe ilişkin maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Hastalıkla baş edebilmek için fiziksel güce sahiptir.	1	2	3	4	5
2	Başkalarının yanında bedenini/vücudunu kontrol edebilir.	1	2	3	4	5
3	İhtiyaçlarını karşılamak için başkalarının fiziksel gücüne/yardıma ihtiyacı vardır.	1	2	3	4	5
4	Temel gereksinimlerini (beslenme, boşaltım, bireysel hijyen vb.) karşılayabilir.	1	2	3	4	5
5	İhtiyacını karşılayabilmek için hareket edebilir.	1	2	3	4	5
6	İhtiyacını karşılariken fiziksel olarak zorlanır.	1	2	3	4	5
7	Tedavi ve bakımına katılabilecek fiziksel güce sahiptir.	1	2	3	4	5
8	Riskli durumlarda kendini koruyacak şekilde hareket edebilir.	1	2	3	4	5
9	Refleksleri kendini koruyacak düzeydedir.	1	2	3	4	5
10	Hastalığın ona ne yapacağını umursamaz.	1	2	3	4	5
11	Hastalıktan dolayı hayattan hiçbir şey beklemez.	1	2	3	4	5
12	Onu kimsenin umursadığını düşünüyor.	1	2	3	4	5
13	Doğru yaptığı hiçbir şey yokmuş gibi hisseder.	1	2	3	4	5
14	Kendi adına karar veremiyor.	1	2	3	4	5
15	Kendini sağlık ekibine (hekim, hemşire vb) ifade edemiyor.	1	2	3	4	5
16	Hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip değil.	1	2	3	4	5
17	Hastalığı ile baş edecek kadar bilgi sahibi değil.	1	2	3	4	5
18	Ona neler olduğunu bilmek istemez.	1	2	3	4	5
19	Tedavi ve bakımına katılmayı ister.	1	2	3	4	5
20	Tedavi ve bakımında başarılı olacağına ilişkin kendine inanır.	1	2	3	4	5
21	Sağlık sorunu karşısında ne yapabileceği konusunda kendine güvenir.	1	2	3	4	5
22	Hastalığı ile ilgili beklenmedik durumlar karşısında üzülür.	1	2	3	4	5
23	Hastalık süreci boyunca değişen durumlara uyum sağlayamaz.	1	2	3	4	5
24	Hastalığı sırasında ilgi görmezse kendini kötü hisseder.	1	2	3	4	5

2. **Bal B**, Demirci C, Kilicli GG (2024). The effects of laughter yoga on happiness and stress in nursing students going into clinical practice for the first time. *Journal of Holistic Nursing*. doi:10.1177/0898010124123792.
3. Karakullukçu S, Karakullukçu E, **Bal B**, Kazak A, Karakullukçu A (2023). The Validity and Reliability of The Turkish Version of The Social Curiosity Scale. *İstanbul University Journal of Sociology* 42(1), 133-151.
4. **Bal B**, Kaba NK, Apaydın E, Kurt Y (2022). Hemşirelik öğrencilerinin hastalar tarafından değerlendirilme ölçeği'nin türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirliği: metodolojik bir çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences* 14(4): 1057-63.
5. **Bal B**, Ateş T, Öztürk H, Çolak Z (2022). COVID-19 salgın döneminde sağlık çalışanlarının algıladıkları sosyal destek ile durumluk kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 11(1): 34-43.
6. **Bal B**, Kazak A, Karakullukçu S, Önal E (2022). COVID-19 pandemisinin sağlık programlarında öğrenim gören öğrencilerde belirsizliğe tahammülsüzlüğe etkisi. *SABD* 12(1):81-8.
7. Ateş T, **Bal B**, Kaptan D, Kurt Y, Öztürk H (2021). COVID-19 tanısı olan hastanın uluslararası hemşirelik uygulaması sınıflandırma sistemine göre hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *Güncel Hemşirelik Araştırmaları Dergisi* 1(1): 32-43.
8. Köroğlu N, **Bal B**, Apaydın E (2021). The relationship between perception of social support and career motivation. *Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu Dergisi* 16(63), 173-196. d
9. Ateş T, **Bal B**, Çolak Z, Öztürk H (2021). COVID-19 kapsamında sağlık çalışanlarına ilişkin gazete haberlerinin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi* 3(2): 67-76.
- 10 **Bal B**, Yilmaz FA (2020). Attitudes of women toward for early diagnosis of cervical cancer: health responsibility and associated factors. *Cukurova Medical Journal* 45(1): 14-21.