



**AİLE MERKEZLİ BAKIM EĞİTİMİNİN
ÇOCUK HEMŞİRELERİNİN
TUTUMLARINA ETKİSİ**

Ayfer KARA

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ

Doktora Tezi – 2018

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**AİLE MERKEZLİ BAKIM EĞİTİMİNİN
ÇOCUK HEMŞİRELERİNİN
TUTUMLARINA ETKİSİ**

Ayfer KARA

**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ**

ERZURUM

2018

ΠΕ
 ΑΓΓΛΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
 ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ
 ΕΡΕΥΝΑ ΣΑΦΕΣΤΗ ΚΑΙ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΝ
 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΣ

ΑΠΕΛΥΘΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
 ΚΑΤΑΝΗΜΩΣΤΩΝ ΕΚΑΝΤΟΠΙΩΝ ΑΓΓΛΙΑΣ

ΣΥΝΤΑΚΤΗΣ

ΗΡΑ ΣΥΝΤΑΚΤΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

ΚΑΤΑΝΗΜΩΣΤΩΝ ΕΚΑΝΤΟΠΙΩΝ ΑΓΓΛΙΑΣ

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΣ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

ΚΑΤΑΝΗΜΩΣΤΩΝ ΕΚΑΝΤΟΠΙΩΝ ΑΓΓΛΙΑΣ

ΕΛΛΑΣ

ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	III
ÖZET.....	IV
ABSTRACT.....	V
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VI
TABLolar DİZİNİ.....	VII
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Aile Merkezli Bakımın Tanımı ve Amacı.....	5
2.2. Aile Merkezli Bakımın Temel Kavramları.....	5
2.3. Aile Merkezli Bakımın Tarihsel Gelişimi.....	6
2.4. Aile Merkezli Bakımın Prensipleri.....	8
2.5. Aile Merkezli Bakımın Etkileri.....	9
2.5.1. Aile ve Çocuk Üzerindeki Etkileri.....	9
2.5.2. Sağlık Ekibi Üzerindeki Etkileri.....	10
2.6. Aile Merkezli Bakım Uygulamalarında Karşılaşılan Güçlükler.....	11
2.7. Aile Merkezli Bakım ve Geleneksel Bakım Arasındaki Farklar.....	12
2.8. Aile Merkezli Bakım Uygulamalarında Hemşirenin Rolü.....	12
MATERYAL VE METOT.....	15
3.1. Araştırmanın Tipi.....	15
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	16
3.4. Veri Toplama Araçları.....	17
3.5. Metodolojik Aşama.....	19
3.6. Deney Aşaması.....	34
3.6.1. Hemşirelik Girişimi.....	34
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	35
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	35
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	36
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	37
4. BULGULAR.....	38
5. TARTIŞMA.....	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52

KAYNAKLAR.....	54
EKLER.....	63
EK-1. ÖZGEÇMİŞ.....	63
EK-2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	64
EK-3. AİLE MERKEZLİ BAKIM TUTUM ÖLÇEĞİ (Nihai Form).....	65
Ek-4. EBEVEYN KATILIMI TUTUM ÖLÇEĞİ.....	67
EK-5. GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR.....	69
EK-6. ETİK KURUL İZİNİ.....	70
EK-7. ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA HASTANESİ RESMİ KURUM İZİN YAZISI.....	71
EK-8. ERZURUM BÖLGE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ RESMİ KURUM İZİN YAZISI.....	72
EK-9. ERZURUM NENEHATUN KADIN DOĞUM HASTANESİ RESMİ KURUM İZİN YAZISI.....	73
EK-10. KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA HASTANESİ RESMİ KURUM İZİN YAZISI.....	74
EK-11. TRABZON AKÇABAT DEVLET HAATANESİ VE KANUNİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ RESMİ KURUM İZİN YAZISI.....	75

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca manevi desteğini esirgemeyen, araştırmanın her aşamasında engin bilgi birikimi ve tecrübesi ile bana yol gösteren değerli hocam Sayın Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ'ye,

Doktora tez araştırmamda, bilgi ve deneyimlerini paylaşan, değerli jüri üyelerim Sayın Prof. Dr. Duygu ARIKAN'a ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Esra YILDIZ'a, araştırmaya katılan ve benimle bu süreci paylaşan hemşirelere, hayatıma anlam katan ve eğitimim boyunca desteklerini esirgemeyen eşim Kürşat KARA'ya ve aileme, bugüne kadar benim için vermiş oldukları bütün emekler için sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Ayfer KARA

ÖZET

Aile Merkezli Bakım Eğitiminin Çocuk Hemşirelerinin Tutumlarına Etkisi

Amaç: Çocuk hemşirelerine verilen aile merkezli bakım eğitimi ile tutumlarını geliştirmek ve eğitimin etkisini değerlendirmek, dolayısıyla Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğini geliştirip, geçerlik-güvenirlilik çalışmasını yapmaktı.

Materyal ve Metot: Araştırma, metodolojik ve deneysel olarak, iki aşamalı gerçekleştirildi. Birinci aşamada, Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği geliştirmek için madde havuzu çalışması, uzman görüşlerinin alınması, ön uygulamadan sonra geçerlik-güvenirlilik çalışması yapıldı. İkinci aşama, aile merkezli bakım eğitiminin çocuk hemşirelerinin bakım tutumlarına etkisini değerlendirmek için ön-test son-test kontrol gruplu deneysel olarak gerçekleştirildi. Araştırma, dört Sağlık Bakanlığı Hastanesi ve iki üniversite hastanesinde, Ocak 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmanın evrenini, birinci aşamada S=416 hemşire, ikinci aşamada S=63 hemşire oluşturdu. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği ve Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği kullanılarak elde edildi. Veriler, tanımlayıcı istatistikler, ölçek geliştirme, geçerlik ve güvenirlilik analizleri, ki kare, t testi ve z testi ile değerlendirildi. Etik ilkelere bağlı kalındı.

Bulgular: Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği; Aile Merkezli Bakımın Katkısı ve Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı alt boyutları ile 58 maddeli, 5'li likert tipi, geçerlik (madde toplam korelasyon değerleri; $r=0.324-0.771$, Alpha katsayısı=.982) ve güvenirlilik (test tekrar test; $r=0.895$, eşdeğer form güvenirliliği; $p=.000<.001$, ayırt edicilik; $p=.000<.001$) ölçütlerini kabul edilebilir ve yüksek düzeyde karşılayan özellikleri ile geliştirildi.

Deney grubundaki hemşirelerin aile merkezli bakım tutumu, aile merkezli bakımın katkısı ve bakıma aile ve çocuk katılımı alt boyut tutumları aile merkezli bakım eğitiminden sonra kontrol grubundaki hemşirelere göre önemli düzeyde daha yüksekti ($p<.001$).

Sonuç: Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği, Türk toplumunda, çocuk kliniklerinde çalışan ve çocuk hastalara bakım veren hemşirelerin aile merkezli bakım tutumunu değerlendirmek için geçerli ve güvenilirdir ve farklı kültürlere uyarlanabilir. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin aile merkezli bakım tutumlarını geliştirmede, bakıma yönelik eğitilmeleri etkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: Aile merkezli bakım, çocuk, eğitim, hemşire, tutum.

ABSTRACT

The Impact of Family Centered Care Training on Attitudes in Child Nurses

Aims: To improve the attitudes of the nurses with the family centered care education given to pediatric nurses and to evaluate the effect of education, thus improving the Family-Centered Care Attitude Scale and to perform the validity-reliability study.

Material and Method: The study was conducted in two stages, methodologically and experimentally. In the first step, the study of substance pool to improve the Family-Centered Care Attitude Scale, the acquisition of expert opinions, and the validity-reliability study after the pre-treatment were conducted. The second stage was conducted experimentally with pre-test post-test with control group to assess the effect of family-based nursing care on care attitudes of child nurses. The study was conducted between January 2017 and June 2018 at four Health Ministry hospitals and two university hospitals. The universe of the study consisted of $S = 416$ nurses in the first stage and $S = 63$ nurses in the second stage. Data were collected using the Personal Information Form, Family Centered Care Attitude Scale and Parental Involvement Attitude Scale. Data were evaluated by descriptive statistics, scale development, validity and reliability analyzes, chi square, t test and z test. Ethical principles are adhered to.

Results: The Family-Centered Care Attitude Scale was developed, which has the sub-dimensions Family Centered Care and Family and Child Participation, 58 items, a likert type of 5, acceptable and high level of validity (item total correlation values; $r = 0.324-0.771$, Alpha coefficient = .982) and reliability (test retest; $r = 0.895$, equivalent form reliability; $p = .000 < .001$, discrimination; $p = .000 < .001$).

The family-centered care, contribution of family-centered care, attendance of family and child to care sub-dimension attitudes of the nurses in the experimental group were significantly higher than the nurses in the control group after the family centered care training ($p < .001$).

Conclusion: The Family-Centered Care Attitude Scale can be used to assess the family-centered care attitude of nurses working in child clinics and caring child illness in Turkish society in a valid and reliable way, can be adapted to different cultures. It may be effective to educate nurses working in child clinics to improve their family-centered care attitudes.

Keywords: Family centered care, child, education, nurse, attitude.

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>		<u>Sayfa No</u>
Şekil 3.1.	Güç (Power) Analizi Diyagramı	17
Şekil 3.2.	Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği Faktör Saçılım Grafiği (Scree Plot)	23
Şekil 3.3.	Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Diyagram	29



TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>		<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1.	Aile Merkezli Bakım ve Geleneksel Bakım Arasındaki Farklılıklar.....	12
Tablo 3.1.	Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçek Maddeleri ve Puan Aralıkları (Nihai Form).....	19
Tablo 3.2.	Ölçek $\alpha=0,05$ Anlamlılık Düzeyinde KGO' ları Minimum Değerleri.....	20
Tablo 3.3.	Uzmanların Değerlendirme Sonuçları Örnekleri.....	21
Tablo 3.4.	Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği Madde Analizi.....	22
Tablo 3.5.	Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği Faktör Yapısı.....	24
Tablo 3.6.	Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği Faktör Yapısı (İki Faktör).	26
Tablo 3.7.	Madde Çıkarıldıktan Sonra Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği Faktör Yapısı (İki Faktör).....	27
Tablo 3.8.	Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi İndeks Değerleri.....	28
Tablo 3.9.	Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği Faktör Yükleri ve Maddelere İlişkin Regresyon Katsayıları.....	30
Tablo 3.10.	Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği İle Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği (Paralel Form) Arasında Korelasyon Analizi.....	31
Tablo 3.11.	Test-Tekrar Test Güvenirliği (Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği).....	32
Tablo 3.12.	Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği Puanlarının Alt %27-Üst %27 Gruplarına Göre Ortalamaları.....	33
Tablo 3.13.	Araştırmada Kullanılan Parametreler ve Uygulanan Testler.....	35
Tablo 4.1.	Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği Geliştirme ve Geçerlik-Güvenirlik Çalışması Sonuçları.....	40
Tablo 4.2.	Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri	41
Tablo 4.3.	Hemşirelerin Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğinden Aldığı Puanlar	42
Tablo 4.4.	Hemşirelerin Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Ön Test Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	43

1. GİRİŞ

Çocuk, fizyolojik ve bilişsel yönlerden immatür olduğu için sağlığının sürdürülmesinde ve davranışlarının geliştirilmesinde ailesinin rolü önemlidir.¹

Biyolojik, psikolojik, ekonomik, hukuksal yönleri bulunan aile, insan varlığının sürekliliğini sağlayan, ilk toplumsallaşma sürecini oluşturan, karşılıklı ilişkilerde belirli kuralları olan, toplumsal kültürü nesilden nesile aktaran, toplumda temel bir kurumdur. Aynı çatı altında yaşamak ortak geliri paylaşmak, görgü, inanç ve değerlere sahip olmak, toplumsal rolleri ile iletişim ve etkileşim içinde olan insanlardan oluşmak, ailenin en önemli niteliklerindedir. Ayrıca, aile üyeleri arasında, evlilik, kan ve çocuk bağları vardır.²

Aile, çocuğun ruhsal gelişimi, cinsel ve toplumsal özdeşimi, bireyselleşmesi ve toplumsallaşması için sağlıklı bir ortam sunması açısından zorunludur. Çocuğun yaşamında, doğumundan önce başlayarak, ömrü boyunca etkisini sürdüren aile, çocuğu fizyolojik ve psikososyal açıdan biçimlendirip yönlendirir.²

Çocuğun fiziksel ve duygusal sağlığı, içinde yaşadığı aile üyelerinden etkilenir. Bakım ve tedavi hizmetlerini planlamada, aile üyelerini plana katma, ailenin bakımdaki yetki ve sorumluluklarını artırma, bakımın ve tedavinin etkinliğini artırır. Ayrıca kronik hastalıklı çocukların bakımı, sağlık kuruluşları yerine evlerde gerçekleşmektedir. Bu çocuklar ömür boyu bu hastalıkla yaşamak zorunda oldukları için çocuk ve aile hastalığın bakım tedavisi hakkında yeterli bilgiye sahip olmak zorundadır. Bir çocuğun sağlıklı bir birey olarak yetiştirilmesinde, ailenin rolü oldukça büyük olduğu için aile merkezli bakımda, hem sağlık hem de hastalık sürecinde, çocuk ve ailesi bir bütün olarak ele alınmalıdır.²

Çocuklarının bakımında, aile üyelerinin uzmanlaşmaları ve sorumluk almaları sağlanmalı ve aile bu konuda sağlık çalışanları tarafından desteklenmelidir.² Çocuğun

yaşamında, en önemli değişmez bir öge olan ailenin çocuğunu her yönden desteklemesi, onun sağlık sorunu ve hemşirelik bakımına tepkilerini belirler. Ailenin çocuğun bakımının her aşamasına dahil edilmesi gereklidir. ^{2,3}

Hemşire, aile merkezli bakımın aile üyeleri tarafından kavranmasında ve bakımın sürekliliğinde etkin bir role sahiptir. ² Çocuk hemşiresi, çocuğun hastalık ve hastaneye yatma durumunda, çocuğun gereksinimlerini belirlemede ve iletişim kurmada aile ile iş birliği sağlamalıdır. ³ Çocuk hemşiresinin hastalık durumunda ve hastane ortamında, farklı yaş dönemlerinde çocuğu etkileyen normal gelişimsel krizleri bilmesi ve süreci yönetmesi, çocuğun etkili baş etmesini güçlendirecek destek sistemlerini belirlemesi gerekir. Ayrıca, çocuk hemşiresi sağlıklı veya hasta çocuğa bakım verirken çocuğu ailesi ile birlikte değerlendirmelidir. ⁴ Hastanede, çocuğun iyileşme sürecini hızlandırmada, aile merkezli bakım yaklaşımının önemli olduğu bildirilmektedir. ⁵ Ebeveynlerin aile merkezli bakım uygulaması temelinde bakım almak istedikleri, yapılan çalışmalarla tespit edilmiştir. ^{6,7}

Literatür incelendiğinde, Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere ve Kanada'da, aile merkezli bakım uygulamalarının aktif olarak kullanıldığı ve bu bakım modelin kurum politikası olduğu görülmektedir. ^{8,9} Ayrıca, ailelerin çocuklarının yanında olmasının tartışıldığı, yoğun bakım üniteleri ve acil kliniklerde de bu bakım modelinin uygulandığı ve aileler için çocuklarının yanında, 24 saat kalabilmeleri noktasında gerekli ortamın ve koşulların oluşturulduğu bilinmektedir. ¹⁰

Ülkemizde, aile merkezli bakım incelendiğinde ise hastanelerde, klinik ortamda aile ve çocuklarla ilgili herhangi bir düzenlemenin olmadığı ve hastanelerde farklı uygulamalar olduğu görülmektedir. Hatta, bazı hastanelerde, çocuklar ebeveynlerini ziyaret saatleri dışında görememektedir. ^{11,12} Ülkemizde, çocukların tam gün aileleri ile birlikte oldukları hastanelerde de ebeveynler, çocuklarının durumu hakkında

bilgilendirilme, tedavi ve bakım kararlarına katılma durumlarına ilişkin yapılmış herhangi bir araştırma olmadığı belirlenmiş, aile merkezli bakımın istendik düzeyde olmadığı ifade edilmiştir.^{11,12}

Ülkemizde, yapılan araştırmalarda, çocuğun bakımı konusunda anneleri bilgilendirme ve ulaşılabilir olma konusunda hemşirelerin yetersiz kaldıkları bildirilmiştir.¹¹⁻¹³ Annelerin çocuğunun bakımında yaptığı uygulamaların çoğunlukla beslenme ve hijyen gereksinimini gidermek olduğu,¹³ hemşirelerin ağırlı işlemlere ailelerin katılımı konusunda hem fikir olmadıkları saptanmıştır.^{14,15} Bu nedenle, aile merkezli bakım uygulamaları geliştirme konusunda, ilk adım çocuk hemşirelerinde bu bakım modeli ile ilgili tutumunu değerlendirecek ve geliştirilmesi konusunda tespit yapacak bir standart ölçüm aracının olması gerekmektedir. Ulusal ve uluslararası boyutta böyle bir ölçeğe rastlanmadığı ve aile merkezli bakımı ile ilgili araştırmaların birçoğunun anket çalışması olduğu belirlenmiştir. Çocuk hastalara bakım veren hemşirelerde, aile merkezli bakım tutumlarını değerlendirmek için ölçek geliştirilmesi gerekmektedir.

Hastanede, çocuklar ve ailelere en yakın sağlık profesyoneli olan hemşirenin aile merkezli bakımın yerleştirilmesinde önemli sorumlulukları bulunmaktadır.¹⁴

AMAÇ

Bu araştırmanın amacı, çocuk hemşirelerine verilen aile merkezli bakım eğitimi ile tutumlarını geliştirmek ve eğitimin etkisini değerlendirmek, dolayısıyla Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğini geliştirip, geçerlik-güvenirlilik çalışmasını yapmaktır.

HİPOTEZ

Araştırmanın Hipotezi

H₁: Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerde, Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği geçerli ve güvenilir olarak geliştirilir.

H₂: Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin aile merkezli bakıma yönelik eğitilmeleri, bakım tutumlarını geliştirir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Merkezli Bakımın Tanımı ve Amacı

Aile merkezli bakım, sağlık hizmetlerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi için yenilikçi bir yaklaşım olup, sağlık hizmeti sunucuları, hastalar ve aileler arasında karşılıklı yarar sağlayan ortaklığa dayanmaktadır.¹⁶

Aile merkezli bakım çocuk ve ailesini her yönden (fiziksel, duygusal, sosyal, kültürel ve spiritüel) bütüncül ele alan, holistik bakım yaklaşımı çerçevesinde, ailelerin bireysel farklılıklarını dikkate alan ve hastane ortamında çocuk ve ailelerin ihtiyaçlarını ve beklentilerini en iyi şekilde karşılayan bakım yaklaşımıdır.^{4,17}

Aile Merkezli Bakımın Amaçları

- Aile ve çocuk arasındaki etkileşimi desteklemek,
- Çocuğun bakımına ebeveynlerin katılımını desteklemek,
- Aile üyelerinin ve çocuğun yaşam kalitesini yükseltmek,
- Çocuğun kendini güvende hissetmesini sağlamak,
- Hastane ortamının çocuk ve ebeveynleri üzerinde olumsuz etkilerini engellemektir.^{4,18-20}

2.2. Aile Merkezli Bakımın Temel Kavramları

Onur ve Saygı: Aile merkezli bakımda, sağlık çalışanları, ailelerin tercihlerine ve görüşlerine saygı duyar ve bakıma entegre olmalarını sağlar.

Bilgi Paylaşımı: Sağlık çalışanları hastaları ile ilgili bilgileri ve gelişmeleri ebeveynler ile eksiksiz ve doğru bir şekilde paylaşır.

Ebeveynlerin Bakıma Katılımı: Ebeveynler tercihleri ve talepleri doğrultusunda çocuklarının bakımına katılmaları ve onlarla ilgili kararlar almaları için cesaretlendirilirler.

Aile Üyeleri İle Sağlık Çalışanları Arasındaki İş Birliği: Aileler bakım ile ilgili programların geliştirilmesinde sağlık çalışanları ile iş birliği içerisinde olurlar.^{16,21,22}

Aileler ve sağlık ekibi arasındaki iş birliği, çocuklara ve ailelere verilen destek ve ailelerin farklılıklarına gösterilen saygı aile merkezli bakımın kilit unsurlarıdır.²³

Haysiyet ve saygı, sağlık uygulayıcılarının hasta ve ailenin sağlık konularındaki tercih ve görüşlerini dinlemelerini ve ona göre hareket etmelerini gerektirir.²⁴

Aile merkezli bakım çerçevesinde hastanın ve ailenin bilgisi, inançları, değerleri ve kültürel geçmişi, bakımın planlanması ve verilmesinde dikkate alınmalıdır. Bilgi paylaşımı, sağlık çalışanlarının, hastalar ve aileleri ile tarafsız ve eksiksiz bilgi alışverişinde bulunması ile gerçekleşmektedir. Pediatri hemşiresi aileleri seçtikleri ölçüde bakıma ve karar alma sürecine katılmaya teşvik etmelidir.²⁵

2.3. Aile Merkezli Bakımın Tarihsel Gelişimi

Aile merkezli bakım, 20. yüzyılın ikinci yarısında, çocukların refahı, psikososyal ve gelişim ihtiyaçlarını karşılamada önemli ve ailelerin sağlığın geliştirilmesindeki rolü konusunda farkındalığın arttığı bir dönemde sağlıkta önemli bir konsept olarak ortaya çıkmıştır. İlk çalışmaların çoğu hastane odaklıdır; Örneğin, hastanede yatan çocukların ailelerinden ayrılmasının etkileri üzerine araştırma ortaya çıktıkça, birçok kurum da aile üyelerini çocuğuyla 24 saat birlikte olmalarını sağlayan politikaları benimsemiş ve tıbbî işlemler sırasında varlıklarını teşvik etmiştir.¹⁷

Aileler ve hemşireler arasında hastanede yatan çocukların bakım ve tedavisi ile ilgili yapılan iş birliğinin yararlı etkileri ilk kez 1954 yılında, ortaya koyulmuştur.^{2,3}

Sağlık profesyonelleri tarafından 1950'li yıllara kadar ebeveynler, hastanede yatan çocukların bakımında olumsuz bir faktör olarak görülüyordu. Kısıtlayıcı ziyaret politikalarından dolayı 1950'li ve 1960'lı yıllarda, ebeveynlerin sadece çocuklarını her gün birkaç saat boyunca görmelerine izin verilmekteydi.¹⁶

İngiltere'de, 1920-1970 yılları arasında, hastane ortamında çocuk hemşireliği tarihi incelenmiş ve çocukların hastaneye yatırıldığında ebeveynlerinden uzun süre ayrı kalmalarından dolayı travmatize oldukları ve hastalara bakan personelin insanlık dışı ve sevecen olmadığı tespit edilmiştir. Ebeveynleri çocukların bakımına dahil etme fikri, James Robertson ve John Bowlby²⁶ tarafından ileri sürülmüştür. Bir araştırmacı ve film yapımcısı olan James Robertson, 1953 yılında “İki yaşındaki çocuk hastaneye gidiyor” ve “Hastaneye anneyle gitmek” adlı iki filminde ve 1958 yılında yayınladığı “Küçük çocuklar hastanede” adlı kitabında hastane sürecinin çocuk üzerinde hastalıktan daha çok, anneden ayrılmaya bağlı stres ve acı yarattığı, bu durumun çocuğun iyileşme sürecini uzattığı görüşünü savunmuştur.^{26,27} Bu gelişmelere paralel olarak 1959 yılında İngiltere’de çocukların hastanedeki bakımının incelenmesi için bir komite kurulmuştur. İngiltere’deki bu komite sonucunda 55 öneriden oluşan Platt Raporu²⁸ yayınlanmıştır. Bu raporda, ebeveynlerin çocuklarını ziyaret etmesinin yasaklanmaması, annelerin çocukları ile birlikte hastanede kalması, çocuğun yaşına özgü oyun aktivitelerinin ve bakımın sağlanması, çocukların bakım ve tedavisinde yer alacak sağlık personelinin çocuğun gereksinimlerini anlayabilmesi ve girişimlerini bu doğrultuda planlama yaparak, çocuklara bakım vermesi gerektiğini vurgulamıştır.^{26,28} James Robertson’ın, çalışmaları, Kanada, ABD, Britanya, Avustralya ve Avrupa gibi ülkelerdeki çocuklara sağlanan bakımın iyileştirilmesine yönelik hastane politikalarına olan değişimi etkilemiş ve kolaylaştırmıştır.¹⁶ ABD’ de 2003 yılında Aile Merkezli Bakım Enstitüsü kurulmuştur. Aile Merkezli Bakım Enstitüsü sağlık personelleri ile aileler arasındaki ilişkileri sekiz temel kavram üzerine kurmuştur. Bunlar;

1. Saygı,
2. Destek,
3. Güçlü yönler,

4. Esneklik,
5. Seçim,
6. İş birliği,
7. Bilgilendirme,
8. Yetkilendirmedir.²⁸

Hastanede yatan çocukların ailelerinin bilgilendirilmesi, onları daha güçlü kılmış ve ailelerin kaygılarını azaltmıştır.²⁸

Aile Merkezli Bakımın, felsefesi, tanımı, ilkeleri ve faydaları 1970'lerden bu yana kapsamlı bir şekilde incelenmiş ve 1990'lı yıllarından itibaren aile merkezli bakım temel bir model olarak, kabul edilmiştir.¹⁶

2.4. Aile Merkezli Bakımın Prensipleri

Aile merkezli bakım, hastaların, ailelerin, hekimlerin, hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin eğitiminde olduğu kadar sağlık hizmetlerinin planlanması, sunulması ve değerlendirilmesi için diğer profesyoneller arasında iş birliği temelinde oluşturulmuştur. Bu iş birliğine dayalı ilişkiler aşağıdaki ilkeler tarafından yönlendirilir:

- Çocuk ve ailesine saygı göstermek,
- Aile üyelerinin, kültürel, etnik, sosyoekonomik farklılıklarına ve ırksal özelliklerine, bu farklılıkların ailenin geçmiş yaşantıları ve bakım algısı üzerindeki etkisine saygı duymak,
- Zorlu durumlarda, aile ve çocuğun gücünü değerlendirmek ve onları yüreklendirmek,
- Bakım ve destekle, aile ve çocuğun kararını desteklemek ve rehberlik etmek,
- Politikaları ve bakım uygulamalarını yaşama geçirerek, her çocuğun ve ailenin kültürel değerlerine, inançlarına ve gereksinimlerine bu hizmetleri uyarlamak,

- Çocuğun sağlığına ilişkin bilgileri aile üyeleri ile dürüst, tarafsız, sürekli ve eksiksiz bir şekilde paylaşmak,
- Çocuğa, aileye veya bakım vericiye hayatın her aşamasında resmi ve gayri resmi desteklemek,
- Çocuğun bireysel bakımı, sağlık çalışanlarının mesleki eğitimi, politika oluşturma ve program geliştirme gibi sağlık hizmetinin her düzeyinde aileler ile sağlık bakım profesyonelleri arasındaki iş birliğini güçlendirmek
- Her bir çocuk ve ailesini kendi gücünü keşfetmesi, özgüvenini artırması, sağlık bakımı ve tedavisi ile ilgili seçim ve kararları alması için güçlendirmek,^{2,4,17,22,26}

Aile merkezli bakım; hasta ve aile sonuçlarını iyileştirir, hasta ve aile memnuniyetini artırır, çocuk ve aile güçlerini geliştirir, mesleki memnuniyeti artırır, sağlık masraflarını düşürür ve sağlık bakım kaynaklarının daha etkin kullanılmasını sağlar.¹⁷

2.5. Aile Merkezli Bakımın Etkileri

Aile merkezli bakım uygulaması çocuk, aile ve sağlık çalışanları üzerinde pek çok olumlu sonuçları vardır. Bunlar:^{4,17,29}

2.5.1. Aile ve Çocuk Üzerindeki Etkileri

- Aile merkezli bakım çocuk ve ailenin stresini azaltır.
- Çocuk ve ailenin güven duygusunu ve problem çözme yeteneğini geliştirir.
- Çocuk-aile-sağlık profesyonelleri arasında sağlıklı bir iletişim sağlar.
- Çocuğun hastaneye yatışına ve bakıma daha iyi uyum göstermesini sağlar.
- Aile üyelerinin çocuğun bakımında yeni beceri ve uzmanlıklar kazanmasına olanak sağlar.
- Çocuk ve aile memnuniyetini yükseltir.
- Çocukların daha az ağrı ve uyku sıkıntısı yaşamasını sağlar.

- Daha hızlı iyileşme ve erken taburculuk sağlar.
- Çocuklarda oluşabilecek davranışsal sorunları azaltır.
- Geliştirilen program ve politikaları destekler ve savunur. ^{4,26,30,31}

2. 5. 2. Sağlık Ekibi Üyeleri Üzerindeki Etkileri

- Aile merkezli bakım, çocuğun sağlığını ve gelişimini desteklemede aile ile işbirliği oluşturulmasını, aile gücünün ve bakım verme kapasitesinin daha iyi anlaşılmasını sağlar.
- Sağlıklı veri ve işbirliği temelinde, bakım planlama, uygulama ve değerlendirmeyi sağlar,
- Mesleki doyumu artırır.
- Sağlık ekibi üyeleri arasında sağlıklı bir iletişim sağlar.
- Sağlık bakım kaynaklarının etkin kullanımını sağlayarak, bakımın maliyetini azaltır.
- Sağlık bakım üyesi adaylarının eğitiminde güçlü bir öğrenme ortamı sağlar.
- Sağlık bakım alanında rekabete dayalı ortam oluşturur.

Bunların yanı sıra ailenin kararlarda yer alması sağlık çalışanlarının uygulamalarında etik sorumluluklarını azaltır. ^{4,26,30,31}

Aile merkezli bakımın uygulanabilmesi için hastaneye yatan çocuğun bakımını planlamada, çocuğun yaşamında ailenin değerinin farkında olunması gerekir. Aynı zamanda, aile içi ve aileler arası kültürel farklılıklar tanınmalı ve kabul edilmeli, ailelerin gereksinimlerine ve baş etme yollarına saygılı olunmalıdır. Ayrıca, çocuğun durumuyla ilgili bilgilerin sürekli değişim halinde olduğunun farkındalığı ile hareket edilmelidir. Ailelerin aile, çocukların çocuk olduğu, kendi güçleri ve ilgileri bulunduğu, çocuğun sağlığında her zaman ailenin önceliği olduğunu kabul etmek gerekmektedir.^{29,32}

2. 6. Aile Merkezli Bakım Uygulamalarında Karşılaşılan Güçlükler

Aile merkezli bakım, çocuk sağlığı hemşireliğinin en önemli bileşenlerindedir. Çocuk hastaneye yattığında bakımında ebeveynler sağlık personelleri ile birlikte aktif olarak katılmayı istemektedir; ancak ebeveynlerin çocuğun bakımına katılımı yeterli düzeyde olmamaktadır.³³⁻³⁵

Hemşireler, uygulamada aile merkezli bakımın çocuk ve ailesi için yararlı ve gerekli olduğunu, fakat sistem ve ortam koşulları ile birlikte, çeşitli zorluklar yaşadıklarını belirtmişlerdir.³⁶ Ayrıca, sağlık çalışanları, kurum politikası olarak, aile merkezli bakımın benimsenmesinin, geliştirilmesi için koşulların uygun hale getirilmesinin ve sağlık profesyonellerinin etkili eğitim teknikleri ile düzenli ve sürekli olarak eğitilmesinin gerekli olduğunu ifade etmişlerdir.^{36,37}

Hastanede, çocuk, aile ve sağlık çalışanları için yararlı ve ideal bir bakım yaklaşımı olmasına karşın, aile merkezli bakımın uygulanmasına ilişkin çeşitli engeller bulunmaktadır.³⁷⁻⁴⁰ Bunlar:

- Hastane politikalarının yetersizliği, hastanede, ailenin rol ve sorumlulukları ile ilgili bir rehber olmaması,
- Sağlık bakım profesyonellerinin bu konudaki bilgi eksikliği,
- Hemşirelerin; ailenin çocuk bakımındaki rolüne ilişkin algıları, yoğun çalışma şartları nedeniyle çocuklara ve ebeveynlere yeterli zaman ayıramamaları, aile eğitiminin iş yüklerini artıracığı düşüncesi, çocuğun bakımında, kendilerini profesyonel bir güç olarak görmeleri, rollerini ailelerle paylaşmamaları, ağırlı işlemlerde, ailenin çocuğun yanında bulunmasının stresi arttıracığı düşüncesi,
- Ebeveynlerin çocuklarının tedavisi ile ilgili kararlara yeterince katılamamaları, çocukların tıbbi bakımlarından çok sadece öz-bakım uygulamalarına katılmaları,

çocuklarının bakımı ile ilgili yetersiz bilgilendirilmeleri, çocuklarıyla ilgili kaygılarını sağlık çalışanları ile paylaşmamaları, dinlenme ve banyo gibi kendi öz bakım gereksinimlerini karşılamada yetersiz kalmaları, tedavi ve bakım sürecinde yer almalarına yeterince izin verilmemesidir.^{26,41,42,43}

2. 7. Aile Merkezli Bakım ve Geleneksel Bakım Arasındaki Farklar

Aile merkezli bakım ve geleneksel bakım birlikte irdelendiğinde, iki bakım anlayışı arasında bazı farklılıklar vardır. Bu farklılıklar Tablo 2.1’de özetlenmiştir.

Tablo. 2. 1. Aile Merkezli Bakım ve Geleneksel Bakım Arasındaki Farklılıklar ^{41,21}

Geleneksel Bakım Görüşü	Aile Merkezli Bakım Görüşü
Sağlık ekibi üyeleri hastalar için en iyisini bilir.	Sağlık ekibi üyeleri, hasta ve ebeveyn birlikte, hasta için en iyi olan bakıma karar verir.
Kültürel ve dini inanışlar hasta bakımında ve tıbbi karar vermede dikkate alınmaz.	Kültürel ve dini inanışların tıbbi kararlara etkisi dikkate alınır.
Hastaların psikososyal yapıları ve sorunları göz ardı edilir.	Psikososyal sorunlar hastanın genel bakım planına dahil edilir.
Genel bakımda ailenin rolü en aza indirilmiştir	Aile merkezli bakımda ailenin rolü istenen en üst düzeydedir.
İnvaziv işlemler (anestezi indüksiyonu, resusitasyon vb.) sırasında aileler yer almaz.	İnvaziv işlemler (anestezi indüksiyonu, resusitasyon vb.) sırasında aile katılımı sağlanır.
Komplikasyonlar ve kötü sonuçlar ile ilgili bilgi verilmez.	Komplikasyonlara ve kötü sonuçlara yönelik açık ve şeffaf bilgi paylaşımı vardır.
Ameliyat öncesi hazırlık minimal düzeydedir.	Ameliyat öncesi hazırlık kapsamlı bir şekilde yapılır.
Ağrı yönetimine etkili bir yaklaşım söz konusu değildir.	Ağrı yönetimine etkin yaklaşım sağlanır.

2. 8. Aile Merkezli Bakım Uygulamalarında Hemşirenin Rolü

Çocuk hemşireleri, çocuklar ve ailelerle en yakın sağlık profesyonelleri olmaları nedeniyle hastanede, bakımın aile merkezli olması yönündeki değişim ve farklılığı oluşturabilmede anahtar pozisyondadırlar.^{26,40}

Aile merkezli bakım uygulamalarının gerçekleştirilebilmesi için ebeveynlerin hastanede çocuğun bakımına katılmaları yönünde desteklenmesi önemlidir. Ancak hemşire ebeveynlerin çocuğun bakımına katılmalarını desteklerken, onların bakıma katılmaya hazır oluşluk düzeylerini de değerlendirmelidir. Ayrıca, hemşire ebeveynlerin hastanede çocuğun bakımına katılmaları sürecinde, verilen bakımı denetlemeli ve ebeveynlere destek olmalıdır. Bu nedenle, aile merkezli bakım uygulamaları, hemşirelerin eğitim ve danışmanlık rollerini daha çok kullanmalarını gerektirir.^{2,12,44,45}

Çocuk hemşiresinin, çocuğun haklarını savunma, çocuk ve ailesine bu haklar konusunda bilgi verme, sağlık sistemi içinde çocuk haklarını dikkate alma, savunma ve koruma, çocuğu ve aileyi bakım ve tedavi hakkında bilgilendirme, mahremiyetlerini koruma, empati kurma, geleneksel ve kültürel özellikleri ile birlikte bakım yaklaşımlarını gerçekleştirme yükümlülüğü bulunmaktadır.⁴⁶

Çocuk hemşiresinin hastanede ebeveynin bakıma katılımını sağlamak için ebeveynleri çocuğun bakımı konusunda eğitme, denetleme ve onları çocuğun evdeki bakımına hazırlama sorumluluğu vardır. Bu eğitim, çocuk hastaneye yatırılınca başlar ve taburcu oluncaya kadar devam eder. Ailenin sağlığa ilişkin inançları, değerleri, tutumları ve sağlık uygulamaları doğumdan itibaren çocuğu etkiler. Bu nedenle, hemşire bakım vereceği çocuğu ve aileyi bütüncül olarak değerlendirmeli ve belirtilen bu özellikleri çocuğun bakımında dikkate almalıdır.^{3,12,44} Hemşirenin ailenin çocuğun bakımı ile ilgili gerekli bilgi ve becerileri kazandığından ve doğru uygulama yaptığından emin olması gerekir.^{12,44,47}

Çocuk ve aile için yararları belirlenen aile merkezli bakımın uygulanabilmesi

için, sağlık ve hastane politikalarının yeniden yapılandırılması da önemlidir. Bu nedenle, çocuk hemşireleri, hastanede ebeveynlerin çocuklarıyla beraber kalabilmeleri yönünde sağlık ve hastane politikalarının oluşturulmasında aktif rol almalıdır.^{12,44,48}



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, metodolojik ve deneysel olarak, iki aşamalı gerçekleştirildi. Birinci aşamada, Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği geliştirildi. İkinci aşama, aile merkezli bakım eğitiminin çocuk hemşirelerinin bakım tutumlarına etkisini değerlendirmek için ön-test son-test kontrol gruplu deneysel olarak gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Erzurum'da, Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı iki hastanede ve bir üniversite hastanesinde, Trabzon İl merkezindeki İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı iki hastane ve bir üniversite hastanesinde, Ocak 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında yapıldı.

Araştırmanın metodolojik birinci aşaması olan, Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğinin açıklayıcı faktör analizi ve güvenilirlik analizleri Erzurum il merkezindeki İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı iki hastane, bir üniversite hastanesinde 1 Nisan-30 Kasım 2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Daha sonra doğrulayıcı faktör analizi, Trabzon il merkezindeki İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı iki hastane ve bir üniversite hastanesinde, eş zaman geçerliliği ve test-tekrar test analizi ve diğer güvenilirlik analizi uygulamaları için Erzurum il merkezindeki İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı iki hastane, bir üniversite hastanesinde 8-15 Ocak 2018 tarihleri arasında yapıldı

Araştırma, ikinci aşaması olan, çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin aile merkezli bakıma yönelik eğitilerek bakım tutumlarının geliştirilmesi olan deney aşaması, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Yenidoğan Yoğun Bakım ve Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerinde 15 Ocak-15 Mayıs 2018 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

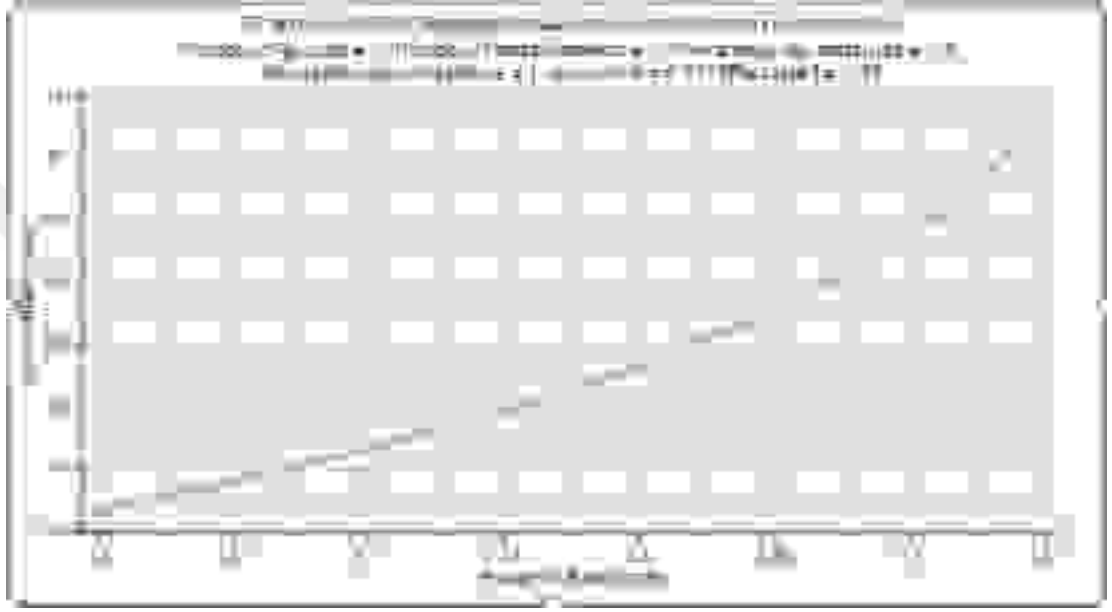
Araştırmanın evrenini, Nisan 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında, belirtilen hastanelerin çocuk kliniklerinde ve çocuk yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler,

(S=482), örneklemini ise veri toplama sürecinde, izinli veya raporlu olmayan hemşireler (S=416) oluşturdu.

Araştırmanın metodolojik aşamasında, Erzurum (S=245) ve Trabzon'da (S=237) belirtilen hastanelerde görev yapan çocuk hemşireleri ile çalışıldı. Erzurum'daki hastanelerde görev yapmakta olan hemşirelerden veri toplama aşamasında izinde olanlar ve çalışmaya katılmayı istemeyen 35, aynı şekilde, Trabzon'daki hastanelerde çalışan ve aynı nedenlerden dolayı 31 hemşire araştırma dışında kaldı. Ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında, ölçek toplam madde sayısının 5-10 katı sayıda birey ile çalışılması istenmektedir.⁵⁰Bu nedenle, araştırmanın birinci aşamasında, 1 Nisan 2017-15 Ocak 2018 tarihleri arasında, Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği'nin madde sayısı (59 madde) dikkate alınarak, ilgili birimlerde görev yapan 300 hemşire (Erzurum'daki hastanelerde çalışan=210 ve yeterli sayı Trabzon'da tamamlanabildiği için Trabzon'daki hastanelerde çalışan= 206) ile çalışıldı. Araştırmada, ölçeğin açıklayıcı faktör analizi grubunu, Erzurum'daki 210 hemşire ve Trabzon'daki 90 hemşire oluşturdu. Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi basamağında, Trabzon'daki daha önce örnekleme alınmayan 116 hemşire ve Erzurum'daki (açıklayıcı faktör analizinde örnekleme alınan) 184 hemşire ile çalışıldı. Son olarak, güvenilirlik kapsamında yapılan test- tekrar test analizinin örneklemini Erzurum evreninde bulunan 100 hemşire oluşturdu.

Araştırmanın deney aşamasında, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, uzun süreli yatışlar için anne otelinin olduğu, çalışma yoğunluğunun benzer olduğu ve aile iş birliğini daha fazla gerektiren, çocuk (S=31) ve yenidoğan yoğun bakım (S=35) ünitelerinde görev yapan hemşireler (S= 66) ile çalışıldı. Veri toplama sürecinde, 15 Ocak-15 Mayıs 2018 tarihleri arasında, araştırma kriterlerine uyan, izinli olmayan (izinli olan= 1) ve katılmayı kabul eden (kabul etmeyen= 2) hemşireler (S=63) oluşturdu.

Araştırmada, örneklem büyüklüğünü belirlemek üzere güç analizi yapıldı. Testin gücü, G*Power 3.1 programı ile hesaplandı. İlgili literatürde, hemşirelerin aile merkezli bakım tutumlarına yönelik girişim uygulanmış benzer bir araştırmaya rastlanmadı. Çalışmanın gücünün belirlenmesinde, %95 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 0.25 etki büyüklüğünde gruplarda 27 kişi olmak üzere en az 54 hemşire ile çalışılması gerektiği belirlendi (df=52; F= 4.027).



Şekil 3.1. Güç (Power) Analizi Diyagramı

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; Kişisel Bilgi Formu (EK-2), Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği (EK-3) ve Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği (EK-4) ile elde edildi.

Kişisel Bilgi Formu

Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile ilgili soruları içeren ve araştırmacı tarafından oluşturulan 11 maddeli bir formdur. Sorular bireylerin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, aile tipi, gelir durumu, eğitim durumu, görev yaptığı hastane ve birimi, mesleki deneyim süresi, hemşire başına düşen hasta sayısı ve aile merkezli bakımla ilgili bilgisi olma durumuna ait tanıtıcı özelliklerine ilişkin sorulardan oluştu. (EK-2).

Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği

Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği, çocuk kliniklerinde çalışan ve çocuk hastalara bakım veren hemşirelerin aile merkezli bakım tutumunu değerlendirmek için geliştirilmiştir (EK-3). Ölçek, hemşirelerin aile merkezli bakım tutumlarına katılma ve katılmama tercihlerini 1'den 5'e kadar derecelendirilmiş bir dizi ifade ile (5-Tamamen Katılıyorum, 4-Katılıyorum, 3-Kararsızım, 2-Katılmıyorum, 1-Hiç Katılmıyorum) açıklamaları istenen, 58 tane Likert tipi maddeden oluşmaktadır. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Ölçek "Aile Merkezli Bakımın Katkısı" ve "Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı" olmak üzere iki faktörden oluşmaktadır. Aile Merkezli Bakımın Katkısı faktörü 1.-28. ifadeleri, Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı faktörü 29.-58. ifadeleri kapsamaktadır. Ölçümde, iki alt boyut ve aile merkezli bakıma yönelik genel tutum olmak üzere üç ayrı puan hesaplanmaktadır. Faktörlerin ve genel tutum puanları hesaplanırken maddelerin değerleri toplandıktan sonra madde sayısına bölünerek (aritmetik ortalama) puanlar elde edilmektedir. Alt faktörler ve genel tutum puanı en az 1-en yüksek 5 puan almaktadır. Ölçek genel puanı ve alt faktörlerden elde edilen puanların artması hemşirelerin aile merkezli bakımın katkısına ve gerekliliğine yönelik olumlu tutumların yükseldiğini göstermektedir. Ölçek puanındaki 4 puanlık genişlik 5 eşit parçaya bölünerek ($4/5=0.8$), 1.00-1.79 puan=çok düşük, 1.80-2.59 puan=düşük, 2.60-3.39 puan= orta, 3.40-4.19 puan= yüksek, 4.20-5.00 puan= çok yüksek düzeyi göstermektedir.

Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğinin Alpha katsayısı .982, Aile Merkezli Bakımın Katkısı alt boyutu Alpha katsayısı .967 ve Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı boyutu Alpha katsayısı .972 olarak hesaplanmıştır. (EK-3).

Tablo 3.1. Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçek Maddeleri ve Puan Aralıkları (Nihai Form)

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Maddeler	Puan Aralığı
Aile Merkezli Bakımın Katkısı	28	1-28	1-5
Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	30	29-58	1-5
Aile Merkezli Bakım Tutum Genel	58	1-58	1-5

Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği

Ölçek, ilk kez 1967 yılında Seidl ve Pillitteri tarafından hastanede yatan çocuğun bakımında ebeveyn katılımına karşı hemşirelerin tutumunu ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek, Gill tarafından 1985 ve 1990 yıllarında revize edilmiştir.⁴⁹ Ölçeğin iç tutarlık güvenirlik katsayısı .74'tür. Ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenirliği 2008 yılında Yıldırım³¹ tarafından yapılmış olup, toplam ölçek için iç tutarlık güvenirlik katsayısı .67'dir.

Ölçekte, 1, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 17, 18, 22. sorular ters yönlüdür. Bu ölçek, 24 maddeli, 5 dereceli likert tipi bir ölçektir. Kesinlikle katılmıyorum yanıtı için 1, katılmıyorum yanıtı için 2, kararsızım yanıtı için 3, katılıyorum yanıtı için 4, kesinlikle katılıyorum yanıtı için 5 puan verilir. Ölçekten alınacak en düşük puan 24, en yüksek puan 120'dir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması ebeveyn katılımına karşı kabul edici bir tutumu göstermektedir.³² (EK-4).

3.5. Metodolojik Aşama

Ölçek Geliştirme

Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği (AMBTÖ) geliştirmek için aşağıdaki ölçek geliştirme süreçleri gerçekleştirildi.

Madde Havuzu: Literatürün taranması, daha önce hazırlanan ölçme araçlarının incelenmesi,^{1,50,51} içerik analizi sonucunda toplam 105 aday ifade oluşturuldu.

Kapsam Geçerliği: Araştırmacı ve tez danışmanı öğretim üyesi tarafından madde havuzundan uygun ifadeler seçilerek, gerekli düzeltmeler yapıldı. Daha sonra son şekli verilen aday ölçek maddeleri, ilgili alandaki uzmanların görüşüne (14 uzman) (EK-13) sunuldu. Maddelerin içerik geçerliğini sayısal değerlerle kanıtlanması ve uzman görüşlerinin sağlıklı değerlendirilmesi için Lawshe (1975) tekniği kullanıldı.⁵² Bu tekniğin kullanılabilmesi için en az beş uzmana ihtiyaç vardır.⁵³ Uzmanlardan her bir maddeyi “uygun, yeniden düzenlensin ve çıkarılsın” olarak değerlendirmeleri ve varsa önerilerini yazmaları istendi. Kapsam geçerlik oranları (KGO), herhangi bir maddeye ilişkin “Gerekli” görüşünü belirten uzman sayılarının, maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısına oranının 1 eksiği ile elde edildi.^{50,53} $KGO = \frac{NG}{N/2} - 1$

Tablo 3.2. Ölçek $\alpha=0,05$ Anlamlılık Düzeyinde KGO' ları Minimum Değerleri⁵³

Uzman Sayısı	Minimum Değer	Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	.99	13	.54
6	.99	14	.51
7	.99	15	.49
8	.78	20	.42
9	.75	25	.37
10	.62	30	.33
11	.59	35	.31
12	.56	40	.29

Lawshe tekniğine göre bu çalışmada 14 uzmandan görüş alındığı için kapsam geçerlik ölçütü en az .51 olarak belirlendi (Tablo 3.2).^{52,54} Testin tümüne kapsam geçerlik indeksi Tablo 3.2'deki değerler ile karşılaştırıldı ve uzman görüşleri sonucunda, 105 aday maddeden toplam 59 madde bu ölçütün üstünde değerler aldığı için ölçekte yer aldı. Ölçekte tüm maddelerin toplam kapsam geçerlik indeksleri .711 olarak tespit edildi. Uzmanların değerlendirme sonuçlarının birkaç örneği Tablo 3.3'te sunulmuştur.

Tablo 3.3. Uzmanların Değerlendirme Sonuçları örneklere

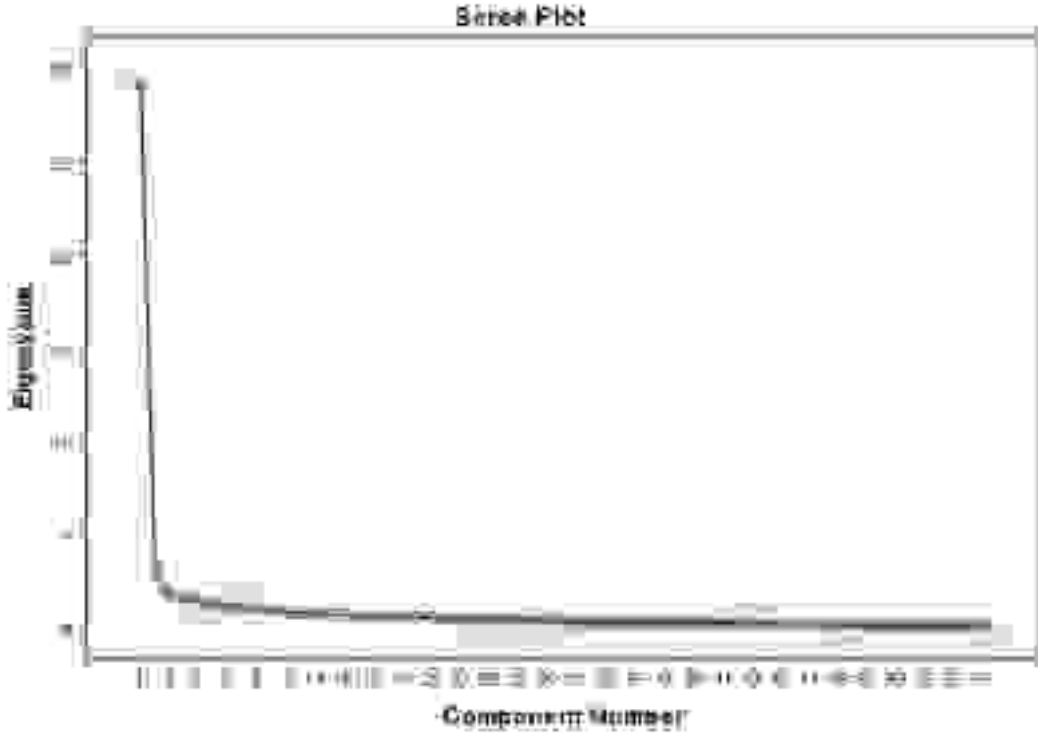
Maddeler	Gerekli	Yeniden Dzenlensin	ıkarılsın	KGO	Karar
Madde 1	12	1	1	+0.714	Kabul
Madde 2	10	0	4	-0.428	Red
Madde 3	14	0	0	+1	Kabul
Madde 4	14	0	0	+1	Kabul
Madde 5	13	0	1	+0.857	Kabul
Kapsam Geçerlik lt			.51		
Kapsam Geçerlik İndeksi			.711		
Toplam Uzman Sayısı			14		

Güvenirlik ve Madde Analizi: Aile merkezli bakım tutum lği iç tutarlılığını belirlemek üzere güvenirlik analizi uygulandı. Ölçekte madde toplam korelasyon değerleri .324 ile .771 arasında değişti. lğin Alpha katsayısı .981; Spearman-Brown= .972; Guttman Split-Half=.986 olarak bulundu (Tablo 3.4).

Tablo 3.4. Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği Madde Analizi (S=300)

Maddeler	Madde silindiğinde ölçek puanı	Madde silindiğinde varyans	Madde toplam korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach Alpha	Maddeler	Madde silindiğinde ölçek puanı	Madde silindiğinde varyans	Madde toplam korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach Alpha
1	245.920	944.629	.511	.981	31	246.280	932.577	.671	.981
2	246.180	935.653	.589	.981	32	246.160	933.386	.693	.981
3	246.163	935.361	.647	.981	33	246.183	930.391	.771	.981
4	246.217	935.147	.609	.981	34	246.297	932.229	.625	.981
5	246.330	935.071	.560	.981	35	246.230	931.395	.709	.981
6	246.183	931.501	.739	.981	36	246.220	929.376	.747	.981
7	246.177	929.791	.729	.981	37	246.193	931.675	.691	.981
8	246.190	929.546	.733	.981	38	246.190	933.158	.697	.981
9	246.177	932.280	.709	.981	39	246.187	931.664	.717	.981
10	246.343	931.785	.621	.981	40	246.147	932.647	.716	.981
11	246.357	928.598	.687	.981	41	246.203	931.480	.712	.981
12	246.243	931.101	.682	.981	42	246.307	927.023	.725	.981
13	246.270	930.639	.678	.981	43	246.223	929.646	.724	.981
14	246.147	933.517	.686	.981	44	246.170	931.359	.754	.981
15	246.130	934.408	.700	.981	45	246.187	930.246	.740	.981
16	246.110	932.319	.706	.981	46	246.263	928.797	.739	.981
17	246.230	930.867	.661	.981	47	246.390	927.048	.678	.981
18	246.233	931.878	.674	.981	48	246.183	931.087	.744	.981
19	246.143	933.013	.683	.981	49	246.237	929.740	.745	.981
20	246.133	934.792	.677	.981	50	246.317	928.839	.710	.981
21	246.217	933.822	.706	.981	51	246.247	928.661	.763	.981
22	246.127	933.375	.725	.981	52	246.250	927.593	.752	.981
23	246.190	930.890	.731	.981	53	246.313	926.958	.693	.981
24	246.240	930.778	.677	.981	54	246.223	929.064	.755	.981
25	246.283	930.906	.648	.981	55	246.160	933.165	.703	.981
26	246.180	929.325	.735	.981	56	246.187	933.718	.637	.981
27	246.213	928.596	.757	.981	57	246.153	935.287	.606	.981
28	246.227	929.835	.700	.981	58	246.810	937.753	.324	.982
29	246.153	933.495	.703	.981	59	246.460	934.423	.524	.981
30	246.183	932.277	.736	.981					

Açıklayıcı Faktör Analizi: Ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek için açıklayıcı (açımlayıcı) faktör analizi kullanıldı. Açıklayıcı (açımlayıcı) faktör analizi öncesi faktör analizinin uygulanabilirliğine yönelik ön varsayım testleri KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) ve Barlett testleri uygulandı. Örnek büyüklüğünün faktör analizi uygulanması için yeterli olduğu (KMO=.955>.60) ve faktör analizine alınan değişkenler arasında ilişkinin olduğu (Barlett testi; Ki-kare= 15939.182; p=.000<.001) tespit edildi. Faktör analizinde maddelere ilişkin korelasyonları içeren anti image matrisi (r) değerleri .855 ve üzeri bulundu. Faktör analizi uygulamasında, varimax yöntemi seçilerek faktörler arasındaki ilişkinin yapısının aynı kalması sağlandı. Ölçeğin ikinci faktörden sonra kırılım gösterdiği belirlendi ve saçılım grafiğinde (scree plot) sunuldu (Şekil 3. 2).



Şekil 3.2. Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği Faktör Saçılım Grafiği (Scree Plot) Ölçeğe ait oluşan faktör yapısı, açıklanan varyans, özdeğer katsayıları Tablo 3.5'te görülmektedir.

Tablo 3.5. Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği Faktör Yapısı (S=300)

Boyut	Madde	Faktör Yüğü	Açıklanan Varyans
F1 (Özdeğer=29.130)	39	.760	18.440
	38	.747	
	40	.744	
	36	.671	
	44	.657	
	41	.655	
	42	.652	
	37	.612	
	43	.606	
	54	.566	
	50	.563	
	45	.554	
	51	.554	
	46	.549	
	53	.544	
	52	.525	
	55	.521	
48	.518		
35	.512		
34	.505		
47	.473		
8	.437		
F2 (Özdeğer=3.031)	25	.681	10.886
	23	.680	
	24	.647	
	28	.641	
	27	.623	
	26	.580	
	22	.516	
	21	.511	
	13	.442	
7	.438		
F3 (Özdeğer=1.733)	2	.740	9.449
	1	.721	
	3	.685	
	4	.635	
	14	.471	
	5	.456	

Tablo 3.5. Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği Faktör Yapısı (S=300) (Devam)

Boyut	Madde	Faktör Yüğü	Açıklanan Varyans
F4 (Özdeğer=1.668)	17	.656	8.261
	18	.643	
	19	.586	
	16	.559	
	15	.547	
	20	.509	
	6	.416	
F5 (Özdeğer=1.450)	31	.631	7.574
	30	.617	
	32	.583	
	29	.527	
	33	.520	
F6 (Özdeğer=1.239)	49	.429	6.459
	10	.749	
	11	.657	
	12	.608	
F7 (Özdeğer=1.159)	9	.574	4.934
	58	.809	
F8 (Özdeğer=1.108)	59	.753	2.671
	57	.532	
	56	.504	

Scree Plot grafiğinde ikinci faktörden sonra kırılım gerçekleşmesi nedeniyle ölçeğin iki faktörlü yapısının olduğu belirlendi. Ölçeğin faktör analizi tekrar edilerek iki faktörlü yapı gözden geçirildi (Tablo 3.6).

Tablo 3.6. Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği Faktör Yapısı (İki Faktör) (S=300)

Faktör 1		Faktör 2	
Maddeler	Faktör Yüğü	Maddeler	Faktör Yüğü
16	.744	50	.745
27	.719	53	.743
14	.711	45	.727
20	.706	38	.720
6	.693	47	.698
26	.691	51	.698
3	.687	42	.688
4	.681	52	.679
15	.677	46	.670
9	.677	55	.670
22	.675	54	.669
8	.667	44	.664
13	.667	37	.663
19	.665	39	.662
7	.663	36	.650
21	.662	43	.649
12	.659	41	.645
17	.659	40	.644
18	.655	48	.643
23	.644	49	.639
11	.630	30	.635
2	.605	33	.631
1	.597	31	.617
28	.594	35	.615
24	.570	34	.604
10	.561	32	.597
25	.548	29	.583
5	.536	59	.581
		57	.536
		56	.501
		T58	.460

Döndürme sonucunda, 58 numaralı maddenin faktör yükü düşük olduğu için çıkartılarak analiz tekrar edildi. Madde çıkarıldıktan sonra Barlett testi sonucu $Ki-kare=5752.737$; $p=.000<.001$ olarak, Kaiser-Meyer-Olkin değeri $KMO=.956>.60$ olarak bulundu. Maddelere ilişkin korelasyonları içeren anti image matrisi (r) değerleri .934 ve üzeri saptandı (Tablo 3.7).

Tablo 3.7. Madde Çıkarıldıktan Sonra Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği Faktör Yapısı (İki Faktör) (S=300)

Aile Merkezli Bakımın Katkısı		Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	
Maddeler	Faktör Yüğü	Maddeler	Faktör Yüğü
45	.748	16	.731
50	.743	27	.708
38	.737	14	.702
53	.732	20	.695
51	.715	3	.685
42	.697	4	.684
47	.693	6	.684
46	.690	26	.682
39	.687	9	.671
52	.685	15	.665
44	.684	22	.663
37	.683	13	.661
55	.682	8	.655
54	.676	7	.654
36	.673	17	.654
40	.672	19	.653
43	.671	12	.651
41	.661	18	.651
48	.659	21	.651
33	.654	11	.630
49	.651	23	.628
30	.647	2	.602
35	.627	1	.591
31	.620	28	.575
32	.612	10	.564
34	.609	24	.562
29	.591	5	.540
57	.548	25	.536
59	.542		
56	.521		
Özdeğer	29.027	29.590	
Cronbach Alpha	.967	.972	
Varyans	28.559	26.589	
Toplam Varyans=%55.148			

Yapılan varimax dik döndürme sonucunda, sadece faktörlerin yerleri değişti, faktörlerin madde içeriği değişmedi ve faktör yükü düşük madde bulunmadığı saptandı. Fakat, en düşük faktör yükü olan 58. maddenin çıkarılması uygun görüldü. Madde çıkarıldıktan sonra Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğinin güvenilirlik katsayısı yeniden hesaplanarak Alpha=.982 olarak bulundu (Tablo 3.7).

Birinci faktör: Aile Merkezli Bakımın Katkısı; 45, 50, 38, 53, 51, 42, 47, 46, 39, 52, 44, 37, 55, 54, 36, 40, 43, 41, 48, 33, 49, 30, 35, 31, 32, 34, 29, 57, 59, 56 numaralı maddelerden oluştu. Alpha katsayısı .967 idi.

İkinci faktör: Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı; 16, 27, 14, 20, 3, 4, 6, 26, 9, 15, 22, 13, 8, 7, 17, 19, 12, 18, 21, 11, 23, 2, 1, 28, 10, 24, 5, 25 numaralı maddelerden oluştu. Alpha katsayısı .972 idi.

Böylece, 59 madde ile istatistik analizlerine başlanan ölçeğin analizler sonrasında, 58. maddenin çıkarılması ile 58 maddeli ve iki alt boyutlu bir ölçek olduğu belirlendi. Güvenirliğine ilişkin bulunan alpha, açıklanan varyans değeri, faktör yüklerine göre Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu tespit edildi (Tablo 3.7).

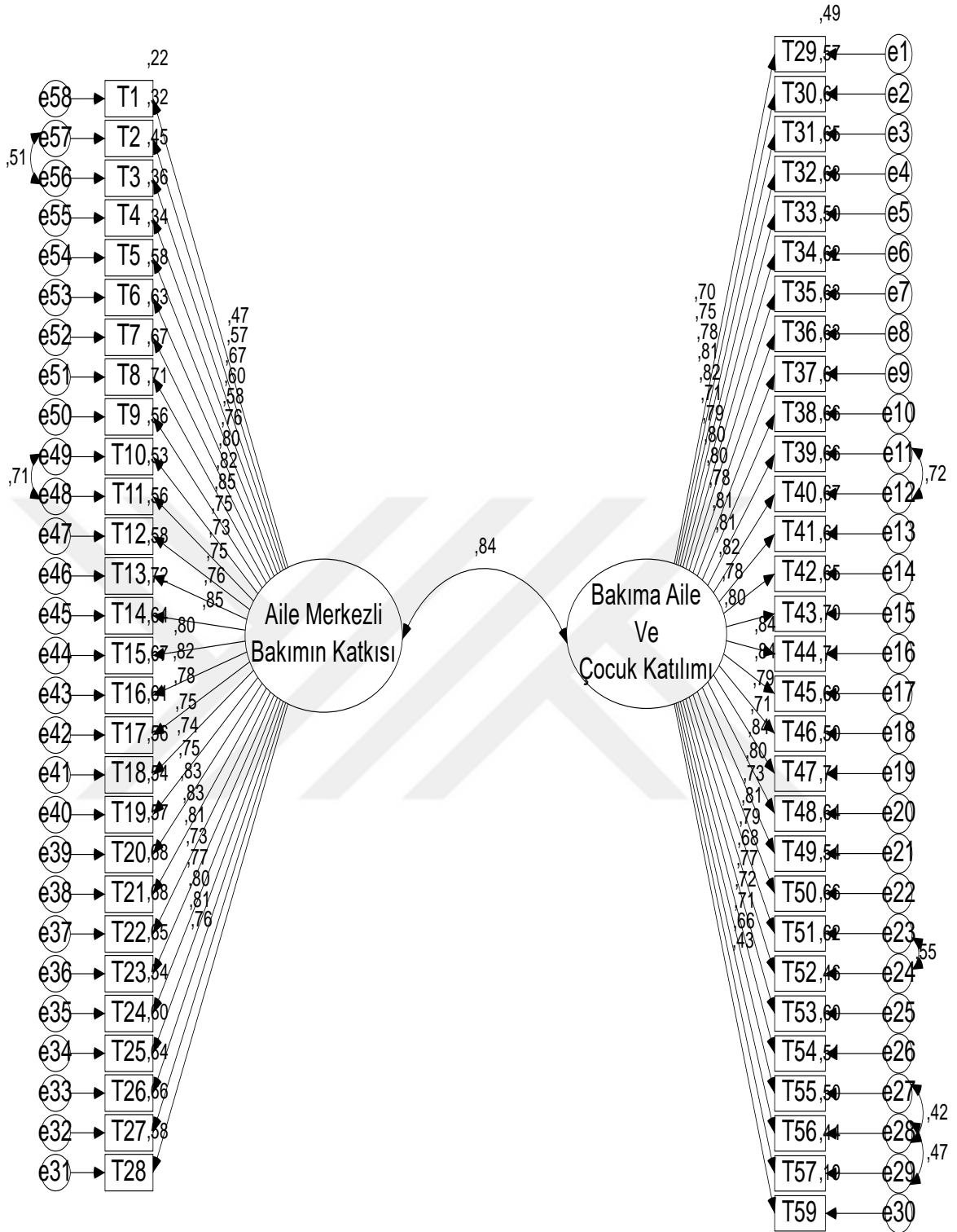
Doğrulayıcı Faktör Analizi

Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği faktörlerin yapı geçerliliğine ilişkin doğruluğunu belirlemek için 300 hemşireden toplanan veriler ile uyum sağlayıp sağlamadığını değerlendirmede, doğrulayıcı faktör analizi yapıldı. Doğrulayıcı faktör analizi sonrası uyum iyiliği kriterleri Tablo 3.8'te sunuldu.

Tablo 3.8. Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi İndeks Değerleri (S=300)

İndeks	Normal Değer	Kabul Edilebilir Değer	Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği
χ^2/sd	<2	<5	3.5
GFI	>.95	>.90	.93
AGFI	>.95	>.90	.91
CFI	>.95	>.90	.92
RMSEA	<.05	<.08	.07
RMR	<.05	<.08	.03

Doğrulayıcı faktör analizine ilişkin diyagram aşağıda sunuldu (Şekil 3. 3).



Şekil 3.3. Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Diyagram

Standardize edilmiş faktör yükleri, t değerleri ve maddelerin oluşturduğu açıklayıcılık (R^2) değerleri aşağıda verilmektedir (Tablo 3.9).

Tablo 3.9. Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği Faktör Yükleri ve Maddelere İlişkin Regresyon Katsayıları (S=300)

Maddeler	Faktörler	β	Std. β	S.Hata	t	p	R^2
29	<--- F1	1	.703				.407
30	<--- F1	1.135	.754	.087	13.037	p<.001	.453
31	<--- F1	1.334	.782	.099	13.504	p<.001	.454
32	<--- F1	1.263	.805	.091	13.903	p<.001	.403
33	<--- F1	1.321	.823	.093	14.199	p<.001	.472
34	<--- F1	1.191	.709	.097	12.269	p<.001	.575
35	<--- F1	1.218	.790	.089	13.655	p<.001	.635
36	<--- F1	1.271	.797	.092	13.762	p<.001	.674
37	<--- F1	1.244	.795	.091	13.739	p<.001	.715
38	<--- F1	1.363	.783	.101	13.521	p<.001	.558
39	<--- F1	1.386	.812	.099	14.016	p<.001	.535
40	<--- F1	1.365	.810	.098	13.983	p<.001	.564
41	<--- F1	1.367	.818	.097	14.118	p<.001	.578
42	<--- F1	1.410	.782	.104	13.519	p<.001	.725
43	<--- F1	1.486	.804	.107	13.878	p<.001	.643
44	<--- F1	1.332	.836	.092	14.428	p<.001	.672
45	<--- F1	1.364	.840	.094	14.503	p<.001	.607
46	<--- F1	1.355	.793	.099	13.694	p<.001	.560
47	<--- F1	1.400	.709	.114	12.269	p<.001	.541
48	<--- F1	1.365	.843	.094	14.054	p<.001	.566
49	<--- F1	1.385	.799	.100	13.805	p<.001	.682
50	<--- F1	1.443	.732	.114	12.658	p<.001	.682
51	<--- F1	1.338	.811	.096	13.996	p<.001	.653
52	<--- F1	1.445	.791	.106	13.655	p<.001	.538
53	<--- F1	1.325	.678	.113	11.741	p<.001	.596
54	<--- F1	1.289	.774	.096	13.373	p<.001	.641
55	<--- F1	1.141	.715	.092	12.374	p<.001	.659
56	<--- F1	1.156	.708	.094	12.256	p<.001	.585
57	<--- F1	1.127	.663	.098	11.482	p<.001	.185
59	<--- F1	0.977	.542	.131	7.475	p<.001	.440

Standardize edilmiş katsayılar incelendiğinde faktör yüklerinin yüksek, standart hata değerlerinin düşük, t değerlerinin anlamlı ($p<0.001$), R^2 değerlerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar önceden belirlenen faktör yapısına ilişkin yapı geçerliliğini doğrulamaktadır (Tablo 3.9).

Tablo 3.9. Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği Faktör Yükleri ve Maddelere İlişkin Regresyon Katsayıları (devam) (S=300)

Maddeler		Faktörler	β	Std. β	S.Hata	t	p	R ²
28	<---	F2	1	.765				.502
27	<---	F2	1.015	.812	.065	15.695	p<.001	.512
26	<---	F2	1.005	.801	.065	15.431	p<.001	.599
25	<---	F2	1.009	.772	.068	14.758	p<.001	.460
24	<---	F2	0.940	.733	.068	13.882	p<.001	.625
23	<---	F2	1.002	.808	.064	15.609	p<.001	.657
22	<---	F2	0.980	.826	.061	16.025	p<.001	.536
21	<---	F2	0.920	.826	.057	16.038	p<.001	.639
20	<---	F2	0.845	.753	.059	14.315	p<.001	.710
19	<---	F2	0.860	.736	.062	13.935	p<.001	.503
18	<---	F2	1.001	.748	.070	14.215	p<.001	.628
17	<---	F2	0.953	.779	.064	14.922	p<.001	.706
16	<---	F2	0.941	.820	.059	15.883	p<.001	.699
15	<---	F2	0.919	.802	.059	15.458	p<.001	.646
14	<---	F2	0.968	.851	.058	16.657	p<.001	.612
13	<---	F2	0.938	.760	.065	14.49	p<.001	.669
12	<---	F2	0.998	.751	.070	14.28	p<.001	.656
11	<---	F2	1.031	.731	.075	13.832	p<.001	.659
10	<---	F2	1.035	.747	.073	14.191	p<.001	.613
9	<---	F2	1.039	.846	.063	16.511	p<.001	.633
8	<---	F2	0.949	.821	.060	15.918	p<.001	.635
7	<---	F2	0.893	.797	.058	15.335	p<.001	.625
6	<---	F2	0.829	.759	.057	14.452	p<.001	.503
5	<---	F2	0.791	.580	.074	10.614	p<.001	.677
4	<---	F2	0.746	.601	.068	11.039	p<.001	.648
3	<---	F2	0.776	.674	.062	12.583	p<.001	.611
2	<---	F2	0.725	.566	.070	10.345	p<.001	.569
1	<---	F2	0.435	.546	.052	8.412	p<.001	.494

Paralel (Eşdeğer) Form Güvenirliği

Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğinin eşdeğer form güvenirliliğini belirlemek üzere “Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği” kullanıldı. “Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği” geliştirilen ölçek ile aralarında ilişki katsayısına (r) bakıldı.

Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği genel puanı ile Ebeveyn Katılımı Tutum puanı arasında $r=.833$ (%83.1) pozitif korelasyon saptandı ($p=.000<.001$). Aile Merkezli Bakımın Katkısı puanı ile Ebeveyn Katılımı Tutum puanı arasında $r=.806$ (%80.6) pozitif korelasyon belirlendi ($p=.000<.001$). Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı puanı ile

Ebeveyn Katılımı Tutum puanı arasında $r=.778$ (%77.8) pozitif korelasyon saptandı ($p=.000<.001$) (Tablo 3.10).

Tablo 3.10. Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği İle Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği (Paralel Form) Arasında Korelasyon Analizi (S=100)

Ölçekler	Ebeveyn Katılımı Tutumu	
	r	p
Aile Merkezli Bakıma Yönelik Tutum Ölçeği		
Aile merkezli bakım tutum genel	.833**	.000
Aile merkezli bakımın katkısı	.806**	.000
Bakıma aile ve çocuk katılımı	.778**	.000

Test-Tekrar Test Güvenirliği

Test-tekrar test güvenirliği 100 kişi ile 2 hafta aralığında yapıldı. Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği genel puanı test-tekrar test güvenirliğine ilişkin korelasyon katsayısı $r=.895$, Aile Merkezli Bakımın Katkısı puanı test-tekrar test güvenirliğine ilişkin korelasyon katsayısı $r=.914$ ve Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı puanı test-tekrar test güvenirliğine ilişkin korelasyon katsayısı $r=.928$ olarak saptandı. Hemşirelere iki ve dört hafta arasında iki defa uygulanan formlardan elde edilen puanlar arasında, pozitif korelasyon olması, zamana bağlı yanıtlarda değişmezlik olduğunu gösterdi (Tablo 3.11).

Tablo 3.11. Test-Tekrar Test Güvenirliği (Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği) (S=100)

	N	r	p
Tutum Genel Test & Tutum Genel Tekrar	100	.895	.000
Aile Merkezli Bakımın Katkısı Test & Aile Merkezli Bakımın Katkısı Tekrar	100	.914	.000
Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı Test & Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı Tekrar	100	.928	.000

Ayırt Edicilik

Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği puanlarında alt %27 ile üst %27 grupları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu ($t_{(100)}=-44.906$; $p=.000<.001$). Üst %27'nin tutum genel puanları ($\bar{x}=4.991$), alt %27'nin tutum genel puanlarından ($\bar{x}=3.451$) yüksek saptandı (Tablo 3.12).

Aile Merkezli Bakımın Katkısı puanlarında alt %27 ile üst %27 grupları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu ($t_{(100)}=-37.310$; $p=.000<.001$). Üst %27'nin aile merkezli bakımın katkısı puanları ($\bar{x}=4.989$), alt %27'nin aile merkezli bakımın katkısı puanlarından ($\bar{x}=3.506$) yüksek saptandı. (Tablo 3.12).

Bakıma aile ve çocuk puanlarında alt %27 ile üst %27 grupları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu ($t_{(100)}=-36.230$; $p=.000<.001$). Üst %27'nin bakıma aile ve çocuk katılımı puanları ($\bar{x}=4.994$), alt %27'nin bakıma aile ve çocuk katılımı puanlarından ($\bar{x}=3.399$) yüksek saptandı (Tablo 3.12).

Bu sonuçlarla Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğinin farklılıkları ayırt edecek hassas ölçüm yaptığı saptandı (Tablo 3.12).

Tablo 3.12. Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği Puanlarının Alt %27-Üst %27 Gruplarına Göre Ortalamaları (S=300)

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Tutum Genel	Alt %27	51	3.451	.244	-44.906	.000
	Üst %27	51	4.991	.018		
Aile Merkezli Bakımın Katkısı	Alt %27	51	3.506	.282	-37.310	.000
	Üst %27	51	4.989	.028		
Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	Alt %27	51	3.399	.313	-36.230	.000
	Üst %27	51	4.994	.025		

3.6. Deney Aşaması

Araştırmada, kontrol grubundaki hemşirelere, Aile Merkezli Bakım Eğitimi yapılmadı. Deney grubundaki hemşirelere aile merkezli bakım eğitimi verildi.

Araştırmada, deney ve kontrol grubunda aynı anda yürütülmesi, kontrol grubundaki hemşirelerin deney grubundaki hemşirelerle etkileşme ve eğitim girişiminden haberdar olma ihtimali, etik problem oluşturacağı için grup çalışmaları farklı zaman aralıklarında gerçekleştirildi. Bu nedenle, gruplar, çalışma sırası için kura ile rastlantısal olarak belirlendi ve araştırmanın çalışması, öncelikle kontrol grubuyla başladı.

Kontrol grubu için ön test ve son test verileri 15 Ocak-15 Şubat 2018 tarihleri arasında elde edildi. Kontrol grubundaki hemşirelere son test verileri toplandıktan sonra aile merkezli bakım eğitimi sunusu yapıldı ve eğitim kitapçığı verildi. Toplam 33 hemşire ile çalışıldı.

Deney grubu için ön test verileri 15 Ocak 2018 tarihinde toplandı. 15 Şubat 2018 tarihinde kontrol grubunun son test verileri toplandıktan sonra deney grubundaki hemşirelere aile merkezli bakım eğitimi sunusu yapıldı. Hemşirelerin soruları yanıtlandı ve eğitim kitapçığı takdim edildi. Haftada bir olmak üzere üç kez pekiştirme, toplam dört eğitim yapıldı. Her bir eğitim 20 dakika sürdü. Deney grubunun son test verileri 15 Nisan 2018 tarihinde elde edildi. Toplam 30 hemşire ile çalışıldı.

Her iki grup için ön test verilerinin toplanmasında; Kişisel Bilgi Formu ve Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği, son test verileri toplanmasında; sadece Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği uygulandı.

3.6.1. Hemşirelik Girişimi

Aile Merkezli Bakım Eğitimi: Aile merkezli bakım eğitimi; Aile merkezli bakımın, tanımı, temel kavramları, amaçları, ilkeleri, aile, çocuk ve sağlık ekibi üyeleri

üzerindeki etkilerini içerdi. Aile merkezli bakım eğitimi eğitim kitapçığı ve sunusu ile desteklendi. (EK-12 ve Ek-13).

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Aile Merkezli Bakım Tutum düzeyidir.

Bağımsız değişken: Aile Merkezli Bakım Eğitimidir.

Kontrol değişkenleri: Hemşirelerin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, görev yaptığı hastane ve birimi, mesleki deneyim süresi, ilgili hastanedeki ve birimdeki çalışma süresi, gelir durumu ve daha önce aile merkezli bakım ile ilgili eğitim alma durumudur.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı ve AMOS 21 programı kullanılmıştır (Tablo 3.13).

Tablo 3.13. Araştırmada Kullanılan Parametreler ve Uygulanan Testler

	Değerlendirilen Parametreler	Kullanılan Testler
Geçerlik Analizleri	Yüzey Geçerliği	Madde Havuzunun Oluşturulması Akran Değerlendirmesi Uzman Görüş Alınması Pilot Uygulama
	Kapsam Geçerliği (Lawshe Tekniği)	Yüzdellik Dağılımı Ortalama Testleri Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI)
	Yapı Geçerliği	Açıklayıcı Faktör Analizi kapsamında (AFA) Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO) Barlett Testi Temel Bileşenler Analizi Varimax Dik Döndürme Testi Scree Plot Testi Anti-İmaj Korelasyon Testi Doğrulayıcı Faktör Analizi kapsamında (DFA) Düzeltilmiş Kikare İstatistiği (X^2/Sd) Uyum İndeksi (GFI) Düzeltilmiş Uyum İndeksi (AGFI) Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI) Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA) Artık Kareler Ortalamasının Karekökü (RMR)

	Madde Ayırt Edicilik İşlemi	%27'lik Alt ve Üst Çeyreklik t-testi kapsamında Bağımlı Gruplarda t-testi
	Benzer Ölçek Geçerliği	Korelasyon Analizi
Güvenirlilik Analizleri	İç Tutarlılık	Cronbach Alpha Güvenirlilik Katsayısı
	Yarıya Bölme Yöntemi	Spearman-Brown Analizi Guttman Split-Half Analizi
	İç Tutarlılık ve Madde Ayırt Ediciliği İşlemi	Madde-Toplam Korelasyon Değerleri
	Zamana Karşı Tutarlılık	Test-Tekrar Test Yöntemi Bağımlı Gruplarda t-testi Korelasyon Analizi
AMBTÖ Uygulanması	Demografik Özelliklerin Belirlenmesi	Yüzdeler Dağılımı Ortalama
	Demografik değişkenler ve puanlarının karşılaştırılması	Ki kare t testi z testi

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan 09/01/2017 tarih ve 2016/12/06 sayı ile etik kurul izni alındı. (EK-6). Araştırmanın yapıldığı Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nden (EK-7), iki devlet hastanesinin bağlı bulunduğu Erzurum Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden (EK-8 ve EK-9), Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesinden (EK-10) ve Trabzon'da bulunan iki devlet hastanesinin bağlı bulunduğu Trabzon il Sağlık Müdürlüğü'nden (EK-11) yazılı izinler alındı. Araştırma kapsamına alınan hemşirelere; araştırmanın amacı ve uygulama yöntemi hakkında gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra sözel ve yazılı onam alındı. Elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı ve başka hiçbir yerde kullanılmayacağı belirtilerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile de “Özerkliğe Saygı” ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirildi. Araştırmaya katılmaya istekli olanlar araştırma kapsamına alındı ve istedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahip

oldukları açıklandı. Araştırmada bireysel hakların korunması gerektiğinden çalışma süresinde İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu'na sadık kalındı.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmada, deney aşamasında, deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin yaş grubu, cinsiyet ve aile tipi özellikleri yönünden benzer gruplar oluşturamaması, gelir durumu ve mezuniyet derecesi yönünden benzer olmamaları sınırlılıkları oluşturdu. Bu aşamadaki sonuçlar, yaş ortalaması, medeni durumu, mesleki deneyimi, çalışılan birim ve hemşire başına düşen hasta sayısı benzer olan hemşirelere genellenebilir.



4. BULGULAR

Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelere verilen aile merkezli bakım eğitimi ile hemşirelerin tutumlarını geliştirmek ve eğitimin etkisini değerlendirmek, dolayısıyla Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğini geliştirip, geçerlik-güvenirlik çalışmasını yapmak amacıyla gerçekleştirilen araştırmada, elde edilen bulgular, iki grupta sunulmuştur:

- Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğini Geliştirme, Geçerlik ve Güvenirlik çalışması olan Metodolojik Aşama ile ilgili Bulgular
- Aile Merkezli Bakım Eğitiminin Çocuk Hemşirelerinin Bakım Tutumlarına Etkisini ile ilgili Bulgular

4.1. Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğini Geliştirme, Geçerlik ve Güvenirlik çalışması olan Metodolojik Aşama ile ilgili Bulgular

Alan uzmanlarının görüşlerine sunulan 105 aday ifadeden 59'u ölçek maddelerini oluşturdu (Tablo 4.1).

Ölçekte madde toplam korelasyon değerlerinin .324 ile .771 arasında değiştiği saptandı. Ölçeğin Alpha katsayısı .981; Spearman-Brown= .972; Guttman Split-Half=.986 olarak bulundu (Tablo 4.1).

Örneklem büyüklüğünün faktör analizine uygun olduğu ($KMO=.955>.60$) ve faktör analizine alınan maddeler arasında ilişki olduğu (Barlett testi sonucunda: $Ki-kare=15939.182$; $p=.000<.001$) saptandı (Tablo 4.1).

Faktör analizinde maddelere ilişkin korelasyonları içeren anti image matrisi (r) değerleri .855 ve üzeri bulundu. Ölçeğin ikinci faktörden sonra kırılım göstermesi ile ölçeğin iki faktörlü yapısının olduğu belirlendi (Tablo 4.1).

Ölçeğin faktör analizi tekrar edildi ve iki faktörlü yapı tekrar değerlendirildi. Yapılan döndürme sonucunda, 58 numaralı maddenin faktör yükü düşük bulundu ve bu madde çıkarılarak analiz tekrar edildi. Madde çıkarıldıktan sonra Barlett testi sonucu

Ki-kare=5752.737; $p=.000<.001$ olarak, Kaiser-Meyer-Olkin değeri $KMO=.956>.60$ olarak bulundu. Maddelere ilişkin korelasyonları içeren anti image matrisi (r) değerleri .934 ve üzeri saptandı (Tablo 4.1).

Varimax dik döndürme sonucunda, sadece faktörlerin yerleri değişti, faktörlerin madde içeriği değişmedi ve faktör yükü düşük madde bulunmadığı saptandı. Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğinin güvenirlik katsayısı yeniden hesaplanarak $Alpha=.982$ olarak bulundu (Tablo 4.1).

Böylece, 59 madde ile istatistik analizlerine başlanan ölçeğin analizler sonrasında, 58. maddenin çıkarılması ile 58 maddeli ve iki alt boyutlu bir ölçek olduğu belirlendi. Güvenirliğine ilişkin bulunan alpha, açıklanan varyans değeri, faktör yüklerine göre Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu tespit edildi (Tablo 4.1).

Ölçeğin faktör yapı geçerliliğini doğrulamak için yapılan uyum analiz sonuçları, önceden belirlenen faktör yapısına ilişkin yapı geçerliliğini doğruladı ($p<.001$) (Tablo 4.1).

Ölçeğin eşdeğer form güvenirliği, Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği ile karşılaştırmada, pozitif korelasyon göstermesi ile saptandı ($p=.000<0.001$) (Tablo 4.1).

Ölçeğe verilen yanıtların zamana bağlı değişmediği, test tekrar test yüksek korelasyon sonuçları ile belirlendi (Tablo 4.1).

Ölçek puan ortalamalarının alt %27 ve üst %27 değerleri arasında, yapılan karşılaştırmada, ölçeğin geniş alanda farklılıkları ayırt edecek hassas ölçüm yapabildiği saptandı ($p=.000<.001$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği Geliştirme ve Geçerlik-Güvenirlik Çalışması Sonuçları

Aşamalar	İşlemler
Madde Havuzu	105 aday ifade oluşturuldu.
Kapsam Geçerliği	14 alan uzmanın görüşü, 59 madde, Kapsam geçerlik ölçütü; .51, Kapsam geçerlik indeksi; .711
Güvenirlik ve Madde Analizi	Madde toplam korelasyon değerleri .324 ile .771 arasında, Alpha katsayısı .981, Spearman-Brown=.972 Guttman Split-Half=.986
Açıklayıcı Faktör Analizi	KMO (Kaiser-Meyer-Olkin=.955)>.60 Barlett testleri: Ki-kare= 15939.182; p=.000<.001 Anti image matriks değerleri r=.855 ve üzerinde Varimax Yöntemi: Birinci faktör: Aile Merkezli Bakımın Katkısı; 45, 50, 38, 53, 51, 42, 47, 46, 39, 52, 44, 37, 55, 54, 36, 40, 43, 41, 48, 33, 49, 30, 35, 31, 32, 34, 29, 57, 59, 56 numaralı maddeler ve Alpha katsayısı .967 İkinci faktör: Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı; 16, 27, 14, 20, 3, 4, 6, 26, 9, 15, 22, 13, 8, 7, 17, 19, 12, 18, 21, 11, 23, 2, 1, 28, 10, 24, 5, 25 numaralı maddeler ve Alpha katsayısı .972 Döndürme: 58 numaralı maddenin faktör yükü düşük, bu madde çıkarıldıktan sonra Barlett testi: Ki-kare=5752.737; p=.000<.001, KMO=.956>.60, Anti image matriks: r=.934 ve üzerinde Varimax dik döndürme: Faktörlerin yerleri değişti, faktörlerin madde içeriği değişmedi ve faktör yükü düşük madde yok. Alpha=.982
Doğrulayıcı Faktör Analizi	300 hemşireden elde edilen veriler: Faktör yükleri yüksek, standart hata değerleri düşük, t değerleri anlamlı (p<.001), R ² değerleri yüksek, önceden belirlenen faktör yapısına ilişkin yapı geçerliliği doğru
Paralel (Eşdeğer) Form Güvenirliği	Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği ile karşılaştırma: Ölçekler arasında pozitif korelasyon: r=.833, %83.1, p=.000<.001 Aile Merkezli Bakımın Katkısı Alt Boyutu ile Ebeveyn Katılımı Tutumu arasında pozitif korelasyon: r=.806, %80.6, p=.000<.001 Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı Alt Boyutu ile Ebeveyn Katılımı Tutumu arasında pozitif korelasyon: r=.778, %77.8, p=.000<.001
Test-Tekrar Test Güvenirliği	100 kişi ile 2 hafta aralığında: Ölçek test-tekrar test güvenirliği korelasyon katsayısı r=.895 Aile Merkezli Bakımın Katkısı Alt Boyutu test-tekrar test güvenirliği korelasyon katsayısı r=.914 Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı Alt Boyutu test-tekrar test güvenirliği korelasyon katsayısı r=.928
Ayırt Edicilik	Ölçek genel puanları ortalamaları alt %27-üst %27 değerleri arasında: t-testi; Üst %27'nin tutum genel puan; \bar{x} =4.991, Alt %27'nin tutum genel puan; \bar{x} =3.451, $t_{(100)}=-44.906$; p=.000<.001 Aile Merkezli Bakımın Katkısı Alt Boyutu puan ortalamaları alt %27-üst %27 değerleri arasında: Üst %27'nin tutum genel puan; \bar{x} =4.989, Alt %27'nin tutum genel puan; \bar{x} =3.506, $t_{(100)}=-37.310$; p=.000<.001 Bakıma Aile Ve Çocuk Katılımı Alt Boyutu puan ortalamaları alt %27-üst %27 değerleri arasında: Üst %27'nin tutum genel puan; \bar{x} =4.994, Alt %27'nin tutum genel puan; \bar{x} =3.399, $t_{(100)}=-36.230$; p=.000<.001

4.2. Aile Merkezli Bakım Eğitiminin Çocuk Hemşirelerinin Bakım

Tutumlarına Etkisi ile ilgili Bulgular

Deney ve kontrol grubundaki hemşireler, yaş grubu, cinsiyet, aile tipi ve aile merkezli bakımla ilgili bilgisinin olma durumu özellikleri yönünden benzer gruplar oluşturamadı, gruplar arasında, bu değişkenler için benzerlik testi yapılamadı.

Deney grubundaki hemşirelerin yaş ortalamasının 25.03 ± 4.45 , %76.7'sinin kadın, %66.7'sinin bekar, %80'inin gelirinin giderine denk olduğu, tamamının çekirdek ailede yaşadığı, %20'sinin ön lisans mezunu, %76.7'sinin 6-10 yıl arasında mesleki deneyimi olduğu, %50'sinin yenidoğan yoğun bakımda çalıştığı, %56.7'sinin 3 ve daha az hastaya bakım verdiği ve tamamının aile merkezli bakımla ilgili bilgisinin olmadığı saptandı (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (S=63).

Özellikler	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Test ve p
	S	%	S	%	S	%	
Medeni Durum*							
Evli	10	33.3	12	36.4	22	34.9	$\chi^2=.063$
Bekâr	20	66.7	21	63.6	41	65.1	p=1.00
Gelir Durumu**							
Gelir Giderden Az	6	20.0	16	48.5	22	34.9	$\chi^2=5.610$
Gelir Giderden Denk	24	80.0	17	51.5	41	65.1	p=.033
Mezuniyet Derecesi**							
Sağlık Meslek Lisesi	12	40.0	4	12.1	16	25.3	$\chi^2=7.966$ p=.019
Ön Lisans	6	20.0	5	15.2	11	17.4	
Lisans	12	40.0	24	72.7	36	57.1	
Mesleki Deneyim*							
1-5 Yıl	23	76.7	28	54.9	51	84.8	$\chi^2=.682$
6-10 Yıl	7	23.3	5	41.7	12	15.2	p=.525
Çalışılan Birim*							
Yenidoğan Yoğun Bakım	15	50.0	18	54.5	33	52.3	$\chi^2=.130$
Çocuk Yoğun Bakım	15	50.0	15	45.5	30	47.6	p=.803
Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı**							
3 Hasta ve Altı	17	56.7	14	42.4	31	49.2	$\chi^2=1.275$
4-6	13	43.3	19	57.6	32	50.8	p=.317
Yaş ortalaması (X±SS)	25.03±4.45		24.96±2.51		25.00±3.54		t=.071 p=.944

*Fisher Ki-Kare Testi, **Pearson Ki Kare Testi, + Geliri giderinden fazla olan katılımcı yoktu.

Kontrol grubundaki hemşirelerin yaş ortalamasının 24.96 ± 2.51 , tamamının kadın, %63.6' sının bekar, %65.1'inin gelirinin giderine denk olduğu, tamamının çekirdek ailede yaşadığı, %57.1'inin lisans mezunu, %84.8'sinin 1-5 yıl arasında mesleki deneyimi olduğu, %52.3'ünün yenidoğan yoğun bakımda çalıştığı, %50.8'inin 4-6 hastaya bakım verdiği ve %39.4'ünün aile merkezli bakımla ilgili bilgisinin olduğu belirlendi (Tablo 4.2).

Deney ve kontrol gruplarının, hemşirelerin yaş ortalaması, medeni durum, aile tipi, mesleki deneyim, çalışılan birim ve hemşire başına düşen hasta sayısı yönünden benzer oldukları saptandı ($p > .05$, Tablo 4.2).

Deney aşamasına katılan bütün hemşirelerin ön test Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği puan ortalaması $4.13 \pm .44$, alt boyutlardan Aile Merkezli Bakımın Katkısı puan ortalaması $4.15 \pm .48$ ve Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı puan ortalaması $4.11 \pm .48$ olarak belirlendi (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Hemşirelerin Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğinden Aldığı Puanlar (S=63)

Ölçek	Maddeler	Madde Sayısı	Ölçek	Alınan	Alınan
			Min- Max	Min-Max	X±SS
Aile Merkezli Bakımın Katkısı	1-28	28	1-5	3.18-5	4.15 ±.48
Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	29-58	30	1-5	3.00-5	4.11 ±.48
Aile Merkezli Bakım Tutum Toplam	1-58	58	1-5	3.09-5	4.13±.44

Gruplar arası karşılaştırmada, hemşirelerin ön test Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği puan ortalamaları arasında, önemli düzeyde fark bulunduğu ve kontrol grubunun puan ortalamasının daha yüksek olduğu ($p < .05$), son test Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği puan ortalamasının deney grubunda önemli düzeyde arttığı tespit edildi ($p < .001$, Tablo 4.4).

Gruplar arası karşılaştırmada, hemşirelerin ön test Aile Merkezli Bakımın Katkısı alt boyutu puan ortalamaları arasında, önemli düzeyde fark bulunduğu ve kontrol grubunun puan ortalamasının daha yüksek olduğu ($p<.05$), son test Aile Merkezli Bakımın Katkısı alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda önemli düzeyde arttığı tespit edildi ($p<.001$, Tablo 4.4).

Gruplar arası karşılaştırmada, hemşirelerin ön test Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı alt boyutu puan ortalamaları arasında, önemli düzeyde fark bulunduğu ve kontrol grubunun puan ortalamasının daha yüksek olduğu ($p<.05$), son test Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda önemli düzeyde arttığı tespit edildi ($p<.001$, Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Hemşirelerin Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Ön Test Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırması (S=63)

AMBTÖ		Deney Grubu (S=30)		Kontrol Grubu (S=33)		Test ve p
		$\bar{X} \pm SS$	Min-Maks.	$\bar{X} \pm SS$	Min-Maks.	
ÖLÇEK	Ön test	3.98±.42	3.21-4.81	4.26±.42	3.09-5.00	t=2.627 p=.011
	Son test	4.78±.26	4.24-5.00	4.29±.31	3.52-5.00	t=6.644 p=.000
	Test ve p	z=-4.783 p=.000		z=-.657 p=.511		
Aile Merkezli Bakımın Katkısı						
ALT BOYUTLAR	Ön test	4.01±.49	3.32-4.93	4.27±.44	3.18-5.00	t=2.184 p=.033
	Son test	4.76±.28	4.04-5.00	4.32±.38	3.50-5.00	t=5.150 p=.000
	Test ve p	z=-4.762 p=.000		z=-.353 p=.724		
Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı						
ALT BOYUTLAR	Ön test	3.95±.47	3.10-4.90	4.26±.46	3.00-5.00	t=2.582 p=.012
	Son test	4.80±.28	3.97-5.00	4.26±.34	3.23-5.00	t=6.601 p=.000
	Test ve p	z=-4.704 p=.000		z=-.112 p=.911		

Grup içi karşılaştırmalarda, deney grubundaki hemşirelerin son test Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği, Aile Merkezli Bakımın Katkısı, Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı alt boyutları puan ortalamalarının önemli düzeyde yükseldiği saptandı ($p<.001$, Tablo 4.4).

5. TARTIŞMA

Pediatric alanındaki çalışmalar, çocuk hastaneye yattığında da anne çocuk ilişkisinin sürdürülme gerekliliğini göstermiştir. Aynı zamanda, aile merkezli bakım çocuk hemşireliğinin temel prensiplerinden biri olmuş ve bakım uygulamaları bu temelde gelişmiştir.⁵⁵⁻⁵⁸

Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelere verilen aile merkezli bakım eğitimi ile hemşirelerin tutumlarını geliştirmek ve eğitimin etkisini değerlendirmek, dolayısıyla Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğini geliştirip, geçerlik-güvenirlik çalışmasını yapmak amacıyla gerçekleştirilen araştırmada, elde edilen bulgular, ilgili literatür ile iki bölümde tartışıldı.

5.1. Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğini Geliştirme, Geçerlik ve Güvenirlik çalışması olan Metodolojik Aşama ile ilgili Bulguların Tartışması

Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerde, Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğinin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliğinin yapıldığı bu aşamada, “Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerde, Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği geçerli ve güvenilir olarak geliştirilir” hipotezi sınıandı. Bunun için madde havuzu, kapsam geçerliği, güvenilirlik ve madde analizi, açıklayıcı faktör ve doğrulayıcı faktör analizi, paralel (eşdeğer) form güvenilirliği, test-tekrar test güvenilirliği ve ayırt edicilik işlemleri yapıldı.

Ölçek, alan uzmanlarının görüşleri sonucunda, 105 aday ifadeden seçilmiş 59 maddeden oluştu (Tablo 4.1). Yeni bir ölçek geliştirmek için öncelikle, konuyla ilgili literatür taramasının yapılması gerekir. Bu yapılırken, hangi konuların değerlendirileceğine dikkat edilmelidir.⁵⁹ Birden fazla yargı ve düşünce içermeyen, sade ve anlaşılır maddelerin oluşturulması gerekir.^{60,61} Daha sonra oluşturulan madde havuzu uzman görüşüne sunulur.⁵⁹ Uzman yorumları ile kapsam ve görünüm geçerliği yapılmış

olur.⁶² Ölçeğin ve her bir maddenin bütünüyle ölçmesi beklenen kavramları ve bunun dışında farklı kavramları içerip içermediğinin değerlendirildiği aşama, kapsam geçerliğidir.

Kapsam geçerliği bir bütün olarak, ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin ölçülmek istenen kavramı ve kavram dışında farklı kavramları içerip içermediğini değerlendirmek, ölçeğin ölçülmek istenen nitelikleri kapsayabilme derecesini belirlemek için yapılır.^{1,53,63,64} Burada, en az beş en fazla 40 alan uzman görüşü gerklidir.⁵² Araştırmada, kapsam geçerliği için 14 alan uzmanından görüş alındı ve ölçeğin 14 uzmandan kaynaklanan kapsam geçerlik ölçütü; .51 saptandı. Ölçekte, Aile Merkezli Bakımın Katkısı alt boyutunda yer alan maddelerin kapsam geçerlik indeksi; .688, Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı alt boyutunda yer alan maddelerin kapsam geçerlik indeksi; .733, ölçekteki toplam tüm maddelerin kapsam geçerlik indeksi; .711 olarak tespit edildi.

Ölçeğin performansını değerlendirmek için taslak ölçekle yapılan deneme uygulaması, bu konuda, bir öngörü oluşturur.⁶⁵ Taslak uygulamasından sonra, ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizlerinin yapılması için ölçek çalışma grubuna uygulanır.^{59,66} Aile Merkezli Bakım Tutum ölçeği iç tutarlılığını belirlemek üzere güvenilirlik analizi uygulandı. Havuzda oluşturulmuş bu maddelere verilen cevapların maddeler arasında ve maddelerin ölçek toplamı ile pozitif korelasyonda olması gerekir. Katılımcıların ifadeleri doğru anlamaları ve objektif cevaplar vermeleri bu durumun kanıtıdır. Burada, korelasyon katsayısının .300 ve üzeri olması, yüksek ayırt ediciliği gösterir.^{67,68} Araştırmada, ölçekte madde toplam korelasyon değerleri .324 ile .771 arasında değişti (Tablo 4.1). Bir ölçme aracının ölçtüğü özelliği, herhangi başka bir özelliklerle karıştırmadan doğru bir şekilde ölçme düzeyi, geçerliktir.⁶⁹ Geçerlik katsayısının hesaplanması ile bu düzey belirlenir. Ölçekten elde edilen değerlerin ölçeğin kriterleri

ile ilişki katsayısı geçerlik katsayısıdır (-1.00+1.00). İlişki katsayısının yükselme düzeyi, ölçeğin amacına uygun ölçüm düzeyini gösterir.^{66,69}

Güvenirlilik, bir ölçüm sürecinde, ölçüm işleminin kararlılığı veya tekrarlardaki tutarlıktır. Bu ölçekteki maddelerin birbirleri ve ölçek ile tutarlı olup olmadığını, deneklerin ölçek ifadelerini aynı şekilde anlayıp anlamadığını gösteren tutarlılıktır.⁶⁷ Ölçeğin iç tutarlılığı (güvenirlilik) genellikle Cronbach's Alpha katsayısı ile belirlenir.⁷⁰ Araştırmada, ölçeğin Alpha katsayısı .981, olarak saptandı Cronbach's Alpha Katsayısının değerlendirilmesinde, değer; “ $0.00 \leq \alpha < .40$ ise ölçek güvenilir değil”, “ $.40 \leq \alpha < .60$ ise ölçek düşük güvenilirlikte”, “ $.60 \leq \alpha < .80$ ise ölçek oldukça güvenilir” ve “ $.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir” olarak, kabul edilir.⁷⁰ Araştırmada, Aie Merkezli Bakım Tutum Ölçeğinin yüksek derece güvenilir olduğu anlaşılmaktadır.

Açımlayıcı faktör analizi yöntemi, ölçek yapı geçerliliğini değerlendirmek için uygulandı. Faktör analizi, genel olarak, bir bütünü oluşturan bileşenleri belirlemek, değişken sayısının azaltmak, gözlemleri objektif olarak sıralamak için kullanılır.⁷⁰ Açımlayıcı faktör analizinden önce faktör analizinin uygulanması kararı için ön varsayım testleri KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) ve Barlett testleri uygulandı. Örnek büyüklüğünün faktör analizi uygulanması için yeterli olup olmadığını KMO testi gösterir. Bunun için uygun KMO değerinin .5'ten yukarı olması gerekir. KMO değerinin .70-.80 arasında olması orta; .80-.90 arasında olması iyi; .90'dan büyük olması ise mükemmel örneklem yeterliliğini gösterdiği belirtilmiştir.^{71,72} Faktör analizinde, değişkenler arasında ilişkiyi gösteren Barlett testi sonucunun $p < .05$ olması gerekir.⁶⁷ Yapılan testlerde, örneklem büyüklüğünün faktör analizine uygun olduğu (KMO=.955>.60) ve faktör analizine alınan maddeler arasında ilişki olduğu (Barlett testi sonucunda: Ki-kare= 15939.182; $p=.000 < .001$) belirlendi. Faktör analizinde, maddelere

ilişkin korelasyonları içeren anti image matris (r) değerleri .855 ve üzeri bulundu. Ölçeğin ikinci faktörden sonra kırılım göstermesi, ölçeğin iki faktörlü yapısını ortaya çıkardı (Tablo 4.1). Maddelerin faktörlerle ilişkisini gösteren faktör yük değerinin .45 ve üzeri olması iyi bir seçimdir.⁶⁷

Doğrulayıcı faktör analizi, faktör yapısı belli bir ölçeğin aynı yapıda olup olmadığını kontrol edilmesidir. Bu analizi, her biri kendi içinde, yüksek ilişkili değişkenlerden oluşan boyutları bulmaya çalışırken, boyutlar arasında, korelasyonun olmadığı bir yapının oluşmasını dikkate alır.⁷³ Doğrulayıcı faktör analizi sonrası uyum iyiliği indekslerine göre karar verilir.⁷⁴ Araştırmada, literatürdeki çalışmalarda sıklıkla kullanılan uyum iyiliği indeksleri kullanıldı.^{72,75-80} Uyum iyiliği değerleri ile birlikte, faktörler arasındaki korelasyon katsayısının .85'den küçük olması gerekmektedir. Faktörlerin birbirinden ayrı olduğuna ilişkin ayırım geçerliliği sağlanmalıdır. Ayrıca, yüksek düzeyde faktör yükleri, düşük düzeyde varyans, yüksek düzeyde açıklayıcılık değerlerinin olması gerekir.^{81,71} Faktör yüklerinin .50'den küçük olmaması önerilmiştir.⁸² Ölçeğin faktör analizi tekrar edildi ve iki faktörlü yapı, tekrar değerlendirildi. Yapılan döndürme sonucunda, 58 numaralı maddenin faktör yükü düşük bulundu ve bu madde çıkartılarak analiz tekrar edildi. Madde çıkarıldıktan sonra Kaiser-Meyer-Olkin değeri $KMO=.956>.60$ ve Barlett testi sonucu $Ki-kare=5752.737; p=.000<.001$ olarak, bulundu. Maddelere ilişkin korelasyonları içeren anti image matris (r) değerleri .934 ve üzeri saptandı (Tablo 4.1). Varimax dik döndürme sonucunda, sadece faktörlerin yerleri değişti, faktörlerin madde içeriği değişmedi ve faktör yükü düşük madde bulunmadı. Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğinin güvenirlik katsayısı yeniden hesaplanarak $Alpha=.982$ olarak bulundu (Tablo 4.1). Analiz sonuçlarında, uyum istatistiklerinin katılımcılardan elde edilen verilerle uyumluluğu kabul edilebilir düzeydeydi. Bu bulgu, daha önce belirlenen açımlayıcı faktör yapısı ile ölçeğin iyi uyumda olduğunu

göstermektedir. Böylece, 59 madde ile istatistik analizlerine başlanan ölçeğin analizler sonrasında, 58. maddenin çıkarılması ile 58 maddeli ve iki alt boyutlu bir ölçek olduğu belirlendi. Güvenirliğine ilişkin bulunan alpha, açıklanan varyans değeri, faktör yüklerine göre Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu tespit edildi (Tablo 4.1).

Araştırmada, ölçeğin eşdeğer form güvenirligi, Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği ile karşılaştırmada, pozitif korelasyon göstermesi ile saptandı ($p=.000<.001$) (Tablo 4.1). Bu sonuç, aile merkezli bakıma yönelik tutum ölçeğinin benzer ölçeklerle eşdeğer ölçümler yaptığını gösterdi. Aynı şekilde, literatürde, benzer konuda iki eşdeğer form arasında pozitif ilişkinin olmasının tutarlılık belirtisi olduğu ifade edilmiştir.^{68,71}

Araştırmada, ölçeğe verilen yanıtların zamana bağlı değişmediği, test tekrar test yüksek korelasyon sonuçları ile saptandı (Tablo 4.1). Bir ölçeğin test-tekrar test güvenirligi, ölçeğin aynı katılımcılara belirli bir zaman sonra tekrar uygulanması sonucunda elde edilen puanlar arasında pozitif korelasyon olması ile elde edilmektedir ($r=.80$ üzeri).⁷⁰ Bu, ölçeğe verilen cevaplarda zamana bağlı bir değişme olmaması ve ölçeğe olan güvenin artması demektir.⁷² Bu sonuçlar, Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğine verilen yanıtlar ve ifadelere göre algıların zamana bağlı değişmediğini gösterdi ($r=.895$, $p=.000$).

Ölçek puan ortalamalarının alt %27 ve üst %27 grupları arasında, yapılan karşılaştırmada, ölçeğin geniş alanda farklılıkları ayırt edecek hassas ölçüm yapabildiği saptandı ($p=.000<.001$) (Tablo 4.1). İki grup arasındaki fark, ayırt ediciliği gösterir. Fakat, fark olmaması en düşük ve en yüksek puan aralığının küçük olduğu anlamına gelir ve ölçeğin farklılıkları ayırt etmede yetersiz olduğu düşünülür.^{50,79,83}

Bütün bu sonuçlarla “Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerde, Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği geçerli ve güvenilir olarak geliştirilir” Hipotezi desteklendi.

5.2. Aile Merkezli Bakım Eğitiminin Çocuk Hemşirelerinin Bakım Tutumlarına Etkisi ile ilgili Bulguların Tartışması

Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerde, aile merkezli bakım tutumlarını iyileştirmek için aile merkezli bakım eğitiminin yapıldığı ve “Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin aile merkezli bakıma yönelik eğitilmeleri, bakım tutumlarını geliştirir” Hipotezinin sınındığı aşamanın bulguları; ölçek değerlendirmeleri içeren herhangi bir çalışma sonucu olmaması nedeniyle anket çalışmalarının sonuçları ile tartışıldı. Kaynak bulunamayan sonuçlar yorumlandı. Ayrıca, deney ve kontrol grubundaki hemşireler, yaş grubu, cinsiyet, aile tipi ve aile merkezli bakımla ilgili bilgisinin olma durumu özellikleri yönünden benzer gruplar oluşturamadığı için deney ve kontrol grubu arasında, bu değişkenler için benzerlik testi yapılamadı. Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin gelir durumu ve mezuniyet derecesi yönünden benzer olmadıkları belirlendi ($p < .05$). Bu aşamadaki sonuçlar, yaş ortalaması, medeni durumu, aile tipi, mesleki deneyimi, çalışılan birim ve hemşire başına düşen hasta sayısı benzer olan hemşireler için dikkate alındı ($p > .05$, Tablo 4.2).

Araştırmada, deney aşamasına katılan bütün hemşirelerin Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği girişim öncesi puan ortalaması $4.13 \pm .44$, alt boyutlardan Aile Merkezli Bakımın Katkısı puan ortalaması $4.15 \pm .48$ ve Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı puan ortalaması $4.11 \pm .48$ olarak belirlendi (Tablo 4.3). Ölçme değerlendirmeyle ilgili literatür, ölçek puanındaki 4 puanlık genişliğin, 5 eşit parçaya bölünerek ($4/5 = .8$); 1.00-1.79 arası puanın “çok düşük”, 1.80- 2.59 arası puanın “düşük”, 2.60- 3.39 “arası puanın orta”, 3.40-4.19 arası puanın yüksek ve 4.20-5.00 arası puanın da çok yüksek düzeyi gösterdiğini bildirmiştir.⁸⁴ Bu literatürle uyumlu olarak, araştırmadaki hemşirelerin aile merkezli bakım ilgili bilgilerinin olduğu, aile merkezli tutum,

altboyutlar aile merkezli bakımın katkısı ve bakıma aile ve çocuk katılımı tutumlarının yüksek düzeyde olduğu söylenebilir.

Ülkemizde, aile merkezli bakım uygulamalarını inceleyen çalışmalarda, bu uygulamaları hemşirelerin doğru algılamadığı, uygulamaların istendik düzeyde olmadığı, çocuğun bakım ve tedavi uygulamalarının çoğunluğunu annenin sorumluluğuna bırakmanın aile merkezli bakım olmadığı bildirilmiştir.^{11,43} Aile merkezli bakım, ailenin çocuğun bakımına entegre edilmesidir.⁸⁵ Hastanede, çocuk ve ebeveynlerin ihtiyaçlarını ve beklentilerini en iyi karşılayan bakım yaklaşımı, aile merkezli bakımdır.⁸⁶ Hemşirenin çocuğun bakımını en iyi düzeyde ve kaliteli bir şekilde sağlamak için⁸⁷ aile ile işbirliği yapması,⁸⁸ birlikte plan yaparak, uygulaması ve değerlendirmesi gerekir.²² Bununla birlikte, ebeveynlerin bu bakım prensipleri temelinde bakım almak istedikleri de ifade edilmiştir.⁸⁹ Yapılan çalışmalarda, ebeveynleri bakımına katılan çocukların taburculuktan sonra olumsuz davranışlarının,⁹⁰ yoğun bakım ünitelerinde analjezik ihtiyacının azaldığı ve iyileşme süresinin kısaldığı,⁹¹ bebeklerde daha az stres bulgusu ve pozitif ağrı deneyimi olduğu,⁹² fototerapi alan bebeklerde de olumlu katkılarının olduğu⁹³ belirlenmiştir. Aile merkezli bakım yaklaşımının hala uygulamaya sokulmamış olmasının bilinmemesinden kaynaklandığı ve önemli bir eksiklik teşkil ettiği vurgulanmıştır.²² Çocuk hastalara bakım veren bütün hemşirelere aile merkezli bakım eğitimlerinin verilmesi gerektiği bildirilmiştir.¹¹

Araştırmada, ön test gruplar arası karşılaştırmada, kontrol grubundaki hemşirelerin aile merkezli bakım tutumlarının önemli düzeyde daha yüksek olduğu ($p<.05$), son test gruplar arası karşılaştırmada ise deney grubundaki hemşirelerin tutumlarında önemli düzeyde yükselme olduğu saptandı ($p<.001$). Ayrıca, ön test gruplar arası karşılaştırmada, aile merkezli bakımda, kontrol grubundaki hemşirelerin aile merkezli bakımın katkısı ve bakıma aile ve çocuk katılımı alt boyut tutumlarının

önemli düzeyde daha yüksek olduğu ($p<.05$), son test gruplar arası karşılaştırmada ise deney grubundaki hemşirelerin tutumlarında önemli düzeyde yükselme olduğu belirlendi ($p<.001$). Aynı şekilde, grup içi karşılaştırmalarda, deney grubundaki hemşirelerin aile merkezli bakım ve katkısı, bakıma aile ve çocuk katılımı tutumlarının son testte önemli düzeyde yükseldiği belirlendi ($p<.001$, Tablo 4.4). Ön testte kontrol grubu tutumlarının ve son testte deney grubu tutumlarının önemli düzeyde yüksek olması, aile merkezli bakım eğitiminin tutumları geliştirmede oldukça etkili olduğunu göstermesi açısından önemlidir ve ön testte kontrol grubu tutumlarının önemli düzeyde yüksek olması, araştırma sonuçlarını güçlü kılmıştır.

Ölçek değerlendirmesi olmadan yapılan, benzer deneysel çalışmalarda, aile merkezli bakım eğitiminin hemşire ve hekimlerde çocuğa ve aileye karşı olumlu tutum geliştirdiği,⁹⁴ eğitim sonrasında hemşirelerde aile merkezli bakım konusunda bilgi ve anlayışlarının arttığı, ebeveynler ve hemşireler arasında işbirliği ve iletişimin güçlendiği, çocuğun ve ebeveynlerin anksiyetesinin azaldığı, hemşirelerin otonomi kazandığı tespit edilmiştir.^{93,94} Ayrıca, bu çalışmalarda, eğitim sonrasında, hemşirelerin aile ve çocukla daha empatik iletişim kurup daha fazla bilgi verdikleri, hekimlerin de olabildiğince hastalarına vakit ayırmaya çalıştıkları ve bilgi verdikleri saptanmıştır.⁹⁴ Bu sonuçlar, tutumların değişebildiği konusunda araştırma bulgularını destekler niteliktedir.

Araştırmada, gruplar arası ve deney grubu grup içi karşılaştırma sonuçları “Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin aile merkezli bakıma yönelik eğitilmeleri, bakım tutumlarını geliştirir” Hipotezini destekledi.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerde, aile merkezli bakım tutumlarını iyileştirmek ve bunun için Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğini geliştirip, geçerlik-güvenirlik çalışmasını yapmak amacıyla gerçekleştirilen araştırmada:

Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği; Aile Merkezli Bakımın Katkısı ve Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı alt boyutları ile 58 maddeden oluşan, 5’li likert tipi, geçerlik (madde toplam korelasyon değerleri; $r = .324-.771$, Alpha katsayısı= .982) ve güvenilirlik (test tekrar test; $r=0.895$, eşdeğer form güvenirligi; $p=.000<.001$, ayırt edicilik; $p=.000<.001$) ölçütlerini kabul edilebilir ve yüksek düzeyde karşılayan özellikleri ile geliştirildi, “Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerde, Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği geçerli ve güvenilir olarak geliştirilir” Hipotezi desteklendi.

Deney aşamasında, deney ve kontrol grubundaki hemşireler, yaş grubu, cinsiyet, aile tipi ve aile merkezli bakımla ilgili bilgisinin olma durumu özellikleri yönünden benzer gruplar oluşturamadı, her iki gruptaki hemşirelerin gelir durumu ve mezuniyet derecesi yönünden benzer olmadıkları saptandı ($p<.05$). Bu nedenle, sonuçlar, yaş ortalaması, medeni durumu, mesleki deneyimi, çalışılan birim ve hemşire başına düşen hasta sayısı benzer olan hemşireler için dikkate alındı. Aile merkezli bakım eğitimi, deney grubundaki hemşirelerin aile merkezli bakım, aile merkezli bakımın katkısı ve bakıma aile ve çocuk katılımı tutumlarını kontrol grubundaki hemşirelere göre önemli düzeyde yükseltti ($p<.001$), “Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin aile merkezli bakıma yönelik eğitilmeleri, bakım tutumlarını geliştirir” Hipotezi desteklendi.

6.2. Öneriler

Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği, Türk Toplumunda, çocuk kliniklerinde çalışan ve çocuk hastalara bakım veren hemşirelerin aile merkezli bakım tutumunu

geçerli ve güvenilir bir şekilde değerlendirmek için kullanılabilir, farklı kültürlere uyarlanabilir.

Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin aile merkezli bakım tutumlarını geliştirmede, bakıma yönelik eğitimleri etkili olabilir.

Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerde, aile merkezli bakım tutumlarını geliştirmek için eğitimleri konusunda yapılacak çalışmalarda, hemşirelerin yaş grubu, cinsiyet, aile tipi, gelir durumu, mezuniyet derecesi ve aile merkezli bakımla ilgili bilgisinin olma durumu gibi tanıtıcı özellikler yönünden de benzer olmaları önemli olabilir.

KAYNAKLAR

1. Altıparmak D, Taş Arslan F. Aile Merkezli Bakım Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *J Pediatr Res*, 2016, 3:97-103.
2. Ocakçı AF. *Aile Merkezli Hemşirelik Bakımı: Çocuğun Aile Merkezli Bakımı*, 1. Baskı. Zonguldak, Dökel Matbaası, 2006: 8-27.
3. Çavuşoğlu H. *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*, 11. Baskı. Ankara, Cilt 1, Sistem Ofset, 2013:5.
4. İşler A, Conk Z. Peditride aile merkezli bakım. *Ege Peditri Bülteni*, 2006, 13:187-193.
5. Ahmann E, Johnson B. New guidance promote family centered change in health care institution. *Pediatr Nurs*, 2001, 27: 173-175.
6. Ward K. Perceived needs of parents of critically ill infants in a neonatal intensive care unit. *Pediatr Nurs*, 2001, 27: 281-285.
7. Shields L, Nixon J. Hospital care of children in four countries. *J Adv Nurs*, 2004, 45: 475-485
8. Mantha S, Davies B, Moyer A, Crowe K. Providing responsive nursing care to new mothers with high and low confidence. *Am J Matern-Chil*, 2008, 33: 307-314.
9. Byers J, Lowman L, Francis J, Kaigle L, Lutz N, Waddell T. A quasi-experimental trial on individualized, developmentally supportive family-centered care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2006, 35: 105-115.
10. Tosun A, Tüfekçi F. Çocuk kliniklerinde aile merkezli bakım uygulamalarının incelenmesi. *Anadolu Hem Sağ Bil Derg*, 2015, 18: 131-139.
11. Oktay H, Çavuşoğlu H. Bir üniversite hastanesinin çocuk servislerinde verilen bakımın aile merkezli bakım yönünden incelenmesi ve anne görüşlerinin belirlenmesi. *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2009, 16: 11-24.

12. Kuzlu AT, Kalıncı N, Topan KA. Üniversite hastanesinde çocuklara verilen bakımın aile merkezli bakım yönünden incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2011, 6: 1-17.
13. Dur Ş, Gözen D, Bilgin M. Devlet ve özel hastanelerdeki hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin tutum ve davranışları. *J Curr Pediatr*, 2016, 14:1-9.
14. Tüfekci Güdücü F, Erci B. Ağrılı işlemler sırasında ebeveynlerin bulunması konusunda çocukların, ebeveynlerin ve sağlık çalışanlarının görüşleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 10: 52-62.
15. MacKay LJ, Gregory D. Exploring family-centered care among pediatric oncology nurses. *J Pediatr Oncol Nurs*, 2011, 28:43-52.
16. American Academy of Pediatrics (AAP), committee on hospital care. Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 2003, 112:691-697.
17. Lindly OJ, Geldhof GJ, Acock AC, Sakuma KK, Zuckerman KE, Thorburn S. Family-centered care measurement and associations with unmet health care need among us children. *Acad Pediatr*, 2017, 17: 656-664.
18. Magnusson DM, Mistry KB. Racial and ethnic disparities in unmet need for pediatric therapy services: the role of family-centered care. *Acad Pediatr*, 2017, 17: 27-33.
19. Dennis C, Baxter P, Ploeg J, Blatz S. Models of partnership within family-centred care in the acute paediatric setting: a discussion paper. *J Adv Nurs*, 2016, 73: 361-374.
20. Erdeve Ö. Aile merkezli bakım ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi tasarımında ailenin yeri. *Gülhane Tıp Derg*, 2009, 51: 199-203.
21. Öztürk C, Ayar D. Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım. *DEUHYO ED* 2014; 7:315-320.

22. Frost M, Green A, Gance-Cleveland B, Kersten R, Irby C. Improving family-centered care through research. *J Pediatr Nurs*, 2010, 25:144–147.
23. Lindly OJ, Zuckerman KE, Mistry KB. Clarifying the predictive value of family-centered care and shared decision making for pediatric healthcare outcomes using the medical expenditure panel survey. *Health Serv Res*, 2017, 52: 313-345.
24. Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. *Matern Child Health J*, 2012, 16:297–305.
25. Aykanat B, Gözen D. Çocuk sağlığı hemşireliğinde aile merkezli bakım yaklaşımı. *GÜSBD*, 2014, 3:683-695.
26. Jolley J, Shields L. The evolution of family-centered care. *J Pediatr Nurs*, 2009, 24: 164-170.
27. Shields L, Tanner A. Pilot study of a tool to investigate perceptions of family-centered care in different care settings. *Pediatr Nurs*, 2004, 30:189-197.
28. Arango P. Family-centered care. *Acad Pediatr*, 2011, 11:97–99.
29. Saunders RP, Abraham MR, Crosby MJ, Thomas K, Edwards WH. Evaluation and development of potentially better practices for improving family-centered care in neonatal Intensive care units. *Pediatrics*, 2003, 111: 437- 449.
30. Mcklindon DD, Schlucter J. Parent and nurse partnership model for teaching therapeutic relationships. *Pediatr Nurs*, 2004, 30: 418- 420.
31. Yıldırım S. Ebeveyn Katılımlı Tutum Ölçeği' nin Türkiye'deki Geçerlik Güvenirlik Çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2008.
32. Shields L, Pratt J, Hunter J. Family-centered care: A review of qualitative studies. *J Clin Nurs*, 2006, 15: 1317-1323.

33. Petersen MF, Cohen J, Parsons V. Family centered care: Do we practice what we preach. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2004, 33: 421-427.
34. Paliadelis P, Cruickshank M, Wainohu D, Winskill R, Stevens H. Implementing family-centered care: An exploration of the beliefs and practices of pediatric nurses. *Aust J Adv Nurs*, 2005, 23: 31-36.
35. Coyne I, O'Neill C, Murphy M, Costello T, O'Shea R. What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *J Adv Nurs*, 2011, 67: 2561-2573.
36. Günay U, Polat S. Pediatrik onkoloji kliniğinde verilen aile merkezli bakım eğitiminin değerlendirilmesi: Hekim ve hemşire görüşleri. *Bozok Tıp Derg*, 2017, 7:12-21.
37. Shields L, Nixon J. Hospital care of children in four countries. *JAN*, 2004, 45: 475–486.
38. Coyne I, Cowley S. Challenging the philosophy of partnership with parents: A grounded theory study. *Int J Nurs Stud* 2007, 44: 893–904.
39. Er M. Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı Hast. Derg*, 2006, 49:155-168.
40. Emil S. Contrasts Between Traditional Care and Patient and Family-Centered Care. In: Coran GA, Adzick SN, Laberge JM, Shamberger RC, Caldamone AA, (eds). *Pediatric Surgery*, 7th ed. Chicago, Elsevier Saunders, 2012: 247-258
41. Karabudak SS, AK B, Başbakkal Z. Girişimler sırasında aile üyeleri nerede olmalı? *Türk Ped Arş*, 2010, 45:53-60.
42. Erdeve Ö, Atasay B, Arsan S, Türmen T. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. *Çocuk Sağlığı Hast Derg*, 2008, 51: 104-109.

43. Boztepe H. Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım. *Türkiye Klinikleri J Nurs*, 2009, 1:88-93.
44. Aktaş E, Teksöz E, Ocakçı AF. Ailede kadının değişen rolünün çocuk sağlığına etkisi ve aile merkezli bakımın önemi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2012, 28: 73-80.
45. Özakar Akça S, Gözen D. Çocuk hemşiresinin savunucu rolü. *F.N. Hem. Derg*, 2013, 21: 213-218.
46. Conk Z, Başbakkal Z, Yardımcı F. Çocuk sağlığına genel bakış. İçinde: Conk Z, Başbakkal Z, Balyılmaz H, Bolşık B (editörler). *Pediatri Hemşireliği*, 1. Baskı. Ankara, Akademisyen Yayınevi, 2013: 41-45.
47. Törüner E, Büyükgönenç L. Hastanede yatan çocuk. İçinde: Törüner E, Büyükgönenç L (editörler). *Çocuk Sağlığı Hemşireliği: Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*, 1. Baskı. Ankara, Gökçe Ofset, 2012: 172-182.
48. Gill KM. Health professionals' attitudes toward parent participation in hospitalized children's care. *Child Health Care*, 1993, 22: 257- 271.
49. Alpar R. *Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlilik* 4. Baskı. Ankara, Detay Yayıncılık, 2016:513.
50. Erkuş, A. *Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme-I temel kavramlar ve işlemler*, 2. Baskı. Ankara, Pegem Akademi, 2014:210.
51. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Pers Psychol*, 1975, 28:563-575.
52. Yurdugül H. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması.

<http://yunus.hacettepe.edu.tr/~yurdugul/3/indir/PamukkaleBildiri.pdf>. 9 Mart 2017

53. Veneziano L, Hooper J. A method for quantifying content validity of health-related questionnaires. *Am J Health Behav*, 1997, 21:67-70.
54. Harrison TM. Family-centered pediatric nursing care: State of the science. *J Pediatr Nurs*, 2010, 25: 335-343.
55. Petersen MF, Cohen J, Parsons V. Family-centered care: Do we practice what we preach? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2004, 33: 421-427.
56. Cooper LG, Gooding JS, Gallagher J, Sternesky L, Ledsky R, Berns SD. Impact of a family-centered care initiative on neonatal intensive care units, staff and families. *J Perinatol*, 2007, 27: 32-37.
57. Brown K, Mace SE, Dietrich AM, Knazik S, Schamban NE. Patient and family-centred care for pediatric patients in the emergency department. *CJEM*, 2008, 10: 38-43.
58. DeVellis RF. *Scale Development Theory and Applications* 2nd ed. London, Sage Publications, 2003: 60-96.
59. Ekici E. Öğretmenlere yönelik bilişim teknolojileri öz-yeterlik algısı ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *PAU Eğit Fak Derg*, 2012, 31:53-65.
60. Naresh KM. Questionnaire design and scale development.
http://www.terry.uga.edu/~rgrover/chapter_5.pdf. 24 Ocak 2018.
61. Taşkın Ç, Akat Ö. *Araştırma Yöntemlerinde Yapısal Eşitlik Modelleme*, 1. Baskı. Bursa, Ekin Yayınevi, 2010:16-26.
62. Esin MN. Veri toplama yöntem ve araçları, veri toplama araçlarının güvenirlik ve geçerliği. İçinde: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN (editörler). *Hemşirelikte Araştırma, Süreç, Uygulama ve Kritik*, 1.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014: 223-233.

63. Seçer İ. *SPSS ve Lisrel ile Pratik Veri Analizi, Analiz ve Raporlaştırma*, 1.Baskı. Ankara, Anı yayıncılık, 2013:171-181.
64. Aydemir Ö. Ölçek geliştirme, güvenirlik ve geçerlik.
http://www.saykad.net/wp-content/uploads/2012/11/o_aydemir1.pdf. 24 Aralık 2017.
65. Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitim Dünyası*, 2014, 40:39-49.
66. Büyüköztürk, ř. *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı*, 23. Baskı. Ankara, Pegem Akademi, 2017: 169.
67. Tavşancıl E. *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*. Ankara, Nobel yayınları, 2014:113-116.
68. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *U.Ü.T.F. Dergisi*, 2004, 30:211-216.
69. Özdamar K. *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi*, 5. Baskı. Eskişehir, Kaan Kitabevi, 2004:43.
70. okluk Ö, şekercioğlu G, Büyüköztürk ř. *Sosyal Bilimler için çok Değişkenli İstatistik SPSS ve Lisrel Uygulamaları*, 4. Baskı. Ankara, Pegem Akademi Yayıncılık, 2010: 265-272.
71. Field A. *Discovering statistics using SPSS*, 2nd. London, Sage Publication, 2005:303.
72. Brown TA. *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research* 2nd. New York, The Guilford Press, 2015:214.
73. Hox JJ, Bechger TM. An Introduction to structural equation modeling. *Family Science Review*, 1998, 11: 354–373.

74. Şimşek ÖF. *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş, Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları*, 1. Baskı. Ankara, Ekinoks Yayıncılık, 2007: 4-22.
75. Schumacker RE, Lomax RG. *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling* 3rd ed. New York, Taylor–Francis Group, 2010: 1-8.
76. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. *Measurement in Nursing and Health Research*, 5th ed. New York, Springer Publishing Company, 2016:176-178.
77. Wang J, Wang X. *Structural Equation Modeling: Applications Using Mplus: methods and applications*, 3rd ed. West Sussex, John Wiley-Sons, 2012: 5-9.
78. Sümer N. Yapısal eşitlik modelleri: temel kavramlar ve örnek uygulamalar. *TPY*, 2000, 3: 49-74.
79. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*, 5th ed. Boston, Pearson Education, 2007: 5.
80. Kline B. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*, 2nd ed. New York, The Guilford Publications, 2005: 171.
81. Awang, Z. *SEM Made Simple: A Gentle Approach to Learning Structural Equation Modelling*, 2nd ed. Bandar Baru Bangi, MPWS Rich Publication, 2015: 101.
82. Tezbaşaran AA. Likert tipi ölçeklere madde seçmede geleneksel madde analizi tekniklerinin karşılaştırılması. *Türk Psikol Derg*, 2004, 19: 77-87.
83. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. *Biyostatistik* 4. baskı. Ankara, Özdemir Yayıncılık, 1993: 145-152.
84. Ryan E, Steinmiller E. Modeling family- centered pediatric nursing care: strategies for shift report. *J Spec Pediatr Nurs*, 2004, 9:123-128.
85. Cooper LG, Gooding JS, Gallagher J, Sternesky L, Ledsky R, Berns SD. Impact of a family-centered care initiative on NICU care, staff and families. *J Perinatol*, 2007, 27: 32-37.

86. Neal A, Frost M, Kuhn J, Green A, Gance- Cleveland B, Kersten R. Family centered care within an infant-toddler unit. *Pediatr Nurs*, 2007, 33: 481-485.
87. Kitchen BE. Family-centered care: A case study. *J Spec Pediatr Nurs*, 2005, 10:93-97.
88. Ward K. Perceived needs of parents of critically ill infants in a neonatal intensive care unit (NICU). *Pediatr Nurs*, 2001, 27: 281-286.
89. Melnyk BM, Feinstein NF, Alpert-Gillis L, Fairbanks E, Crean HF, Sinkin RA, Stone PW, Small L, Tu X, Gross SC. Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the creating opportunities for parent empowerment (COPE) Neonatal intensive care unit program: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 2006, 118:1414-1427.
90. Kamerling SN, Lawler LC, Lynch M, Schwartz AJ. Family centered care in the pediatric post anesthesia care unit: Changing practice to promote parental visitation. *J Perianesth Nurs*, 2008, 23: 5-16.
91. Westrup B. Newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP)- Family-centered developmentally supportive care. *Early Hum Dev*, 2007, 83: 443-449.
92. Szucs KA, Rosenman MB. Family- centered, evidence-based phototherapy delivery. *Pediatrics*, 2013, 131:1982-1985.
93. Günay U, Polat S. Pediatrik onkoloji kliniğinde verilen aile merkezli bakım eğitiminin değerlendirilmesi: Hekim ve hemşire görüşleri. *Bozok Tıp Derg*, 2017, 7:12-21.
94. Tassanee A, Khampalikit S, Phuphaibul R, Tilokskulchai F. Development of a family-centered care model for children with cancer in a pediatric cancer unit. *Thai J Nurs Res*, 2004, 8:52-63.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Ayfer KARA
Doğum tarihi	: 02. 11. 1986
Doğum yeri	: İskenderun
Medeni hali	: Evli
Uyruğu	: T.C.
Adres	:Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, KARS
Tel	: +90 (442) 236 58 21
Faks	: +90 (442) 236 09 84
E-mail	: ayfertosun_86@hotmail.com
EĞİTİM	
Lise	: İskenderun Cumhuriyet Lisesi
Lisans	: Akdeniz Üniversitesi Akseki Sağlık Yüksekokulu
Yüksek lisans	: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doktora	: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (devam ediyor)
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce: 72.50 (2012 İlkbahar ÜDS)	
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
Türk Hemşireler Derneği	
İLGİ ALANLARI VE HOBİLER	

EK-2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1) Cinsiyetiniz: Kız Erkek

2) Yaşınız:

3) Medeni durumunuz: Evli Bekar Dul

4) Aile tipi: Çekirdek aile Geniş aile

5) Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız:

Gelir giderden az Gelir gidere eşit Gelir giderden fazla

6) Mesleğinizle ilgili son mezuniyet dereceniz:

Sağlık Meslek Lisesi Ön lisans Lisans Yüksek Lisans Doktora

7) Meslekteki toplam görev süreniz (yıl olarak):

8) Çalıştığınız Hastane:

Araştırma Hastanesi Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Devlet Hastanesi Özel Hastane

9) Hangi birimde çalışıyorsunuz?

Dahili Hastalıklar Cerrahi Hastalıklar Yenidoğan Yoğun Bakım

Çocuk Yoğun Bakım

10) Bir Günde Bakım Verdiğiniz Tahmini Hasta Sayınız:

11) Aile Merkezli Bakımla ilgili bilginiz var mı?

Var Yok

EK-3. AİLE MERKEZLİ BAKIM TUTUM ÖLÇEĞİ (Nihai Form)

Madde No	İFADELER	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
1.	Aile üyelerinin sağlık davranışları ve alışkanlıkları çocuğun sağlığını etkiler.					
2.	Çocuk hemşireliği Aile Merkezli Bakım temellidir.					
3.	Aile Merkezli Bakım, hasta bakımının bir parçasıdır.					
4.	Aile Merkezli Bakım, her ailenin bireysel farklılıklarını dikkate alır.					
5.	Aile Merkezli Bakım, çocuk ve aileyi fiziksel yönden ele alır.					
6.	Aile Merkezli Bakım, sağlık hizmeti kalitesinin önemli bileşenlerinden biridir.					
7.	Aile Merkezli Bakım, çocuk ve aile arasındaki bağları güçlendirir.					
8.	Aile Merkezli Bakım, aile üyelerinin çocuğun bakımına aktif katılımını sağlar.					
9.	Aile Merkezli Bakım, çocuk ve ailenin duygularını anlamayı kapsar.					
10.	Aile Merkezli Bakım, çocuk ve aileyi entelektüel yönden ele alır.					
11.	Aile Merkezli Bakım, çocuk ve aileyi spiritüel yönlerden ele alır.					
12.	Aile Merkezli Bakım, çocuk ve ailenin sosyokültürel yönünü kapsar.					
13.	Aile Merkezli Bakım, çocuğun normal yaşamını sürdürebilmesi için ailenin önemini ve değişmezliğini kabul eder.					
14.	Aile Merkezli Bakım yaklaşımında her çocuğa ve ailesine saygı duyulur.					
15.	Aile Merkezli Bakım, etnik, etik, kültürel ve sosyoekonomik farklılıklara saygı duyar.					
16.	Aile Merkezli Bakım, çocuk ve aileye yol gösterir.					
17.	Aile Merkezli Bakım, çocuğun ve ailenin seçimini destekler.					
18.	Aile Merkezli Bakım, ailelerle her zaman doğru, dürüst ve tarafsız bir şekilde bilgileri paylaşır.					
19.	Çocuk-aile ve hemşire arasındaki işbirliği ve bilgi paylaşımı empatik bir ilişki gerektirir.					
20.	Ebeveyn katılımı ile sağlanan bakım etkili ve başarılı olur.					
21.	Aile Merkezli Bakım, ebeveynler arası desteği teşvik etmeyi ve kolaylaştırmayı gerektirir.					
22.	Aile Merkezli Bakım, aile üyelerinin birbirleri ile iletişimlerini destekleyerek, olumlu bir etkileşim ortamı oluşturur.					
23.	Aile Merkezli Bakım' ın başarısı, hasta bakım sistemini ve kurumsal işleyişini olumlu etkiler.					
24.	Sağlık bakım sistemi, aile gereksinimlerini karşılayacak ve ebeveynler tarafından kolayca ulaşılabilecek şekilde düzenlenir.					
25.	Aile Merkezli Bakım, çocuk ve aile üzerinde hastaneye yatmanın olumsuz etkilerini azaltmada etkilidir.					
26.	Aile Merkezli Bakımda ebeveynler sağlık ekibinin bir parçasıdır.					
27.	Aile Merkezli Bakımda ebeveynler bakıma dahil edildiklerinde ebeveynlik rollerinde ortaya çıkan değişikliklerle daha kolay baş ederler.					
28.	Aile Merkezli Bakımda kendini güvende hisseden ebeveynler, çocuğunun bakımına mümkün oldukça katılmak isterler.					

Madde No	İFADELER	Tamamen Katılıyor	Katılıyor	Kararsız	Katılmıyor	Hiç Katılmıyorum
29.	Aile Merkezli Bakım, ebeveynlerin bakım memnuniyetini artırır ve bakım sürecine uyumlarını sağlar.					
30.	Aile Merkezli Bakım, ebeveynlerin yeni bilgi ve beceri kazanmalarını sağlar.					
31.	Aile Merkezli Bakım, kurum program ve politikalarının gelişimini destekler.					
32.	Aile Merkezli Bakım, çocuk, aile ve sağlık ekibi üyeleri arasında etkili bir iletişim sağlar.					
33.	Aile Merkezli Bakım, ailenin kendine güven duygusunu artırır ve problem çözme yeteneğini geliştirir.					
34.	Aile Merkezli Bakım, ebeveyn stresini azaltır.					
35.	Aile Merkezli Bakım, ebeveynlerde taburculuk sonrası problemleri azaltır.					
36.	Aile Merkezli Bakımda ebeveynlerin hastanede yatış sürecinde çocuğunun yanında olması çocuğun anksiyetesini azaltır.					
37.	Aile Merkezli Bakım, sağlık personeli ve aile ile daha olumlu bir iletişim kurulmasını sağlar.					
38.	Aile Merkezli Bakım, iyileşmeyi çabuklaştırır.					
39.	Aile Merkezli Bakım, çocuğun duygusal stresini azaltır.					
40.	Aile Merkezli Bakım, çocuğun güvende hissetmesini sağlar.					
41.	Aile Merkezli Bakım, çocuğun hastaneye uyumunu kolaylaştırarak oluşabilecek davranışsal sorunları azaltır.					
42.	Aile Merkezli Bakım, çocuğun hastanede kalma süresini kısaltır.					
43.	Aile Merkezli Bakım, çocuğun memnuniyetini artırır.					
44.	Aile Merkezli Bakım, ebeveyn çocuk ilişkisini sürdürür.					
45.	Aile Merkezli Bakım, taburculuk sonrası çocuğun bakımında ebeveynin yeterliliğini artırır.					
46.	Aile Merkezli Bakım, çocuğun hastane ve ev yaşamı arasında bağlantı sağlar.					
47.	Aile Merkezli Bakım, çocuğun ağrısını azaltır.					
48.	Aile Merkezli Bakım, çocuğun sağlığı ve gelişimini desteklemede hemşirenin aileyle işbirliği kurmasını sağlar.					
49.	Aile Merkezli Bakım, çocuk hemşiresinin ailelerin güçlerini ve bakım verme kapasitelerini daha iyi anlamalarını sağlar.					
50.	Aile Merkezli Bakım, çocukta uyku sıkıntısını azaltır.					
51.	Aile Merkezli Bakım, çocuğun bakımını planlamada ve değerlendirmede kolaylık sağlar.					
52.	Aile Merkezli Bakım, sağlık ekibi üyeleri arasında, etkili ve sağlıklı bir iletişim sağlar.					
53.	Aile Merkezli Bakım, sağlık bakım maliyetini azaltır.					
54.	Aile Merkezli Bakım, memnuniyeti artırır.					
55.	Aile bakımının temelidir.					
56.	Aile çocuğun birincil destek sistemidir.					
57.	Çocuğun bakımına aile katılmalıdır.					
58.	Aile üyeleri, hastanede kendi bakımları ile ilgili temel gereksinimlerini karşılayabilirler.					

EK-4. EBEVEYN KATILIMI TUTUM ÖLÇEĞİ

	İFADELER	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.	Ebeveynler belirlenmiş ziyaret saatlerini aşarsa, normal hastane rutini aksar.					
2.	Sağlık personeli-hasta ilişkisi çoğu zaman ebeveynlerin katılımı ile arttırılır.					
3.	Eğer herhangi bir işlem ebeveyne sabırlı ve anlayışlı bir şekilde açıklanırsa, ebeveynler çocuğa daha iyi duygusal destek verebilirler.					
4.	Çocuğun durumunda olumlu bir gelişme olursa, normal koşullar altında, aileye bilgi vermeye gerek yoktur.					
5.	Röntgeni çekilirken ebeveynin çocuğun yanında bulunmasına izin vermek genellikle iyi bir uygulamadır.					
6.	Omurilik sıvısı almak gibi, tıbben zor bir işlemi aileye anlatmak, kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamaz.					
7.	Ebeveynler, terminal dönemdeki çocuklarının bakımına katılırlarsa, çocuklarının ölümünü kabullenmek daha kolay olacaktır.					
8.	Çocukları ile kalmakta ısrar eden ebeveynler, genellikle, çok üzgün olanlardır.					
9.	Ebeveynler ne zaman isterlerse hastaneyi ziyaret etmelerine izin verilmelidir.					
10.	Çocuklarının durumu ile ilgili üzüntü belirtileri gösteren ebeveynlerin çocuklarını ziyaret etmelerine izin verilmemelidir.					
11.	Ebeveyn işlemi tam olarak anlamış olsa bile, sağlık görevlisinin bir işlemi çocuğa açıklaması, açıklamayı ebeveyne yaptırmasından genellikle daha iyidir.					
12.	Ölümün gerçekleşmesi durumunda, ebeveynlerin odada olmamaları genellikle daha iyidir.					
13.	Çocuğun durumunda olumsuz bir gelişme olursa, normal koşullar altında, aileye bilgi vermeye gerek yoktur.					
14.	Bir çocuğun ebeveyninin yanında olması genellikle onu çok rahatlatır.					
15.	Genellikle gerekli önlemleri aldıktan sonra, ebeveynlerin röntgen odasında çocuklarına eşlik etmelerine izin verilmemelidir.					
16.	Ebeveynler eğer evdeki maddi durumu uygun değil ise, hastanede kalmaları, ücretsiz yemek ve otobüs ücreti vs. gibi olanaklardan yararlanmaları için teşvik edilmelidir.					
17.	Ebeveynlerin çoğu çocukları ile kalmanın onlar için ne zaman iyi ne zaman kötü olduğunun farkında değildirler.					
18.	Normalde ebeveynlerin evde verebileceği bir ilaç olsa bile, her zaman sağlık personeli tarafından verilmelidir.					
19.	Eğer birkaç gün içinde ölüm bekleniyorsa ve çocuğun bilinci açık ise, ebeveynler çocuklarıyla kalmaları için teşvik edilmelidir.					
20.	Tıbbi açıdan kontrendikasyon yoksa ebeveynlerin çocuklarını kendilerinin beslemesi sağlık çalışanlarının beslemesinden daha iyidir.					

21.	Sağlık çalışanlarının bilgilendirmesi ve gözetimi altında, ebeveynlerin çocuklarının basit pansuman değiştirme işlemlerini yerine getirmelerine izin verilmelidir.					
22.	Genel olarak terminal vakalarda ebeveynlere tanı ve tanıya ilişkin girişimler söylenmemelidir.					
23.	Enjeksiyon uygulamaları gibi çocuğun hareketlerinin kontrol altında tutulmasını gerektiren durumlarda, bir ebeveyn bu fonksiyonu yerine getirebilir.					
24.	Ebeveynleri bakımlarına katıldığında, çocuklar hastaneye yatmayla daha iyi başa çıkabilir.					



EK-5. GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR

UZMANLAR	KURUMU
Prof. Dr. Hicran ÇAVUŞOĞLU	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD
Prof. Dr. Duygu ARIKAN	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD
Prof. Dr. Sevinç POLAT	Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD
Prof. Dr. Ayşegül İŞLER DALGIÇ	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD
Prof. Dr. Behice ERCİ	İnönü Üniversitesi Sağlık bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD
Doç. Dr. Hatice BAL YILMAZ	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD
Doç. Dr. Duygu GÖZEN	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD
Doç. Dr. Ayşe PARLAK GÜROL	Atatürk Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü Yaşlı Bakımı
Dr. Öğr. Üyesi Esra YILDIZ	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD
Dr. Öğr. Üyesi Funda KARDAŞ ÖZDEMİR	Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD
Dr. Öğr. Üyesi Gamze YILMAZ	Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD
Dr. Öğr. Üyesi Nazan GÜRASLAN	Munzur Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü
Dr. Öğr. Üyesi Dilek KÜÇÜK ALEMDAR	Giresun Üniversitesi Sağlık bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD
Dr. Öğr. Üyesi Fatma SABAN	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD

EK-6. ETİK KURUL İZİNİ



SAĞLIK BİLİMLERİ VE SAGLIK ETİK BÖLÜMÜ
ETİK KURUL İZİNİ



1. Adı Soyadı: _____

2. Unvanı: _____

3. İncelemek istediğiniz çalışmanın başlığını yazınız: _____

4. Çalışmanızın Etik Kurulu Talepini Gerekleyen Nedenleri: 01
 02
 03

5. Çalışmanızın Etik Kurulu Talepini Gerekleyen Nedenleri: 01
 02
 03

6. İncelemek istediğiniz çalışmanın başlığını yazınız: _____
 Etiket: _____

7. Çalışmamın Etik Kurulu Talepini Gerekleyen Nedenleri: 01
 02
 03

8. Çalışmamın Etik Kurulu Talepini Gerekleyen Nedenleri: 01
 02
 03

9. Çalışmamın Etik Kurulu Talepini Gerekleyen Nedenleri: 01
 02
 03

10. Çalışmamın Etik Kurulu Talepini Gerekleyen Nedenleri: 01
 02
 03

EK-7. ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA HASTANESİ RESMİ KURUM İZİN YAZISI



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bölümü Bölüm Başkanı
Çocuk Sağlık ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanlığı

Sayı : 42190979-302.08.01-E.1700194516
Konu : Uygulama İzni Ayfer KARA

10.07.2017

SAGLIK BAKIM HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 10.07.2017 tarih ve E.1700194295 sayılı yazınız.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Programı öğrencisi Ayfer KARA'nın "Aile Merkezli Bakım Eğitiminin Çocuk Hemşirelerinde Bilgi ve Tutumlara Etkisi" konulu tez çalışmasını Şubat-Eylül 2017 tarihleri arasında Hastanemize bağlı Pediatri Kliniklerinde Yenidogan Yoğun Bakım ve Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerinde uygulama yapmasında sakınca yoktur.

Bilgilerinize arz olunur.

Prof.Dr. Hardan ALP
Anabilim Dalı Başkanı

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 25500 Erzurum
Tels: +90 442 3446581
Elektronik Aile: iletisim@ataturk.edu.tr
E-posta Adresi: iletisim@ataturk.edu.tr

İlgi: Nisan YÜCELER
Tels: +90 442 3166229
E-posta: nyuce@ataturk.edu.tr



EK-8. ERZURUM BÖLGE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ RESMİ KURUM İZİN YAZISI



SAGLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Erzurum İl Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sağlık Bakanlığı Çarşısı
Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 17752058-004-01/02
Konu : İst. Çalışması İzin Talebi / Ayfer KARA

ERZURUM İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE İ Tıbbi Hizmetler Başkanlığı

İlgili : Erzurum İ.H.B. Genel Sekreterliği Tıbbi Hizmetler Başkanlığı'nun 13/05/2017 tarih ve 980031105-004-01/02-17758 sayılı yazısı

Aynılık Üniversitemin bağlı Bilimler Enstitüsü doktora programı öğrencisi Ayfer KARA'nın *Abd Mekeci Bulvarı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Bilgi ve İletişim Ekibi* ile ilgili ist. çalışması için 2017 yılında üniversitemiz bünyesinde yapılacak çalışmaların uygun görülmesi ile,
Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. İzzet ERDOĞAN
Rektör Yardımcısı V.

Adres: Milli Eğitim Çarşısı Çarşısı No: 16-Çarşısı
Etiler/Beşiktaş/İstanbul
Tic. Sic. No: 10443/1321025
E-posta: iletisim@erz.ikhb.gov.tr
www.erz.ikhb.gov.tr

Birlik Başkanı Yardımcısı
Dr. Öğr. Üyesi KASIM MENTİRE
Tic. Sic. No: 10443/1321025

**EK-10. KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA HASTANESİ
RESMİ KURUM İZİN YAZISI**



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
GENEL SEKRETTİRLİK
Personel Daire Başkanlığı

Sayı : 44710547-003.01-
Konu : Ayşe KABALAN'ın Pez Çalışması İZİN

18/01/2018

ATILIRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

RİZELİ RUM

İl.Gl:08.01.2018 gün ve 1801007004 sayılı yazınız

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora programı öğrencisi Ayşe KABALAN, "Yıllık Mesleki Eğitimden Çocuk Hastanelerinde Bilgi ve Tutumların Etkisi" konulu tez çalışmasını "Üniversitemiz Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Barak Hastanesi Pediatrik Kliniğin Yürütögen Yönetim Birimi ve Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerinde Çılgın Rompatik Uygulaması Relatif Güvenlik Uygusu" şeklinde

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. İsmail AŞIKKUTLU
Rektör Yardımcısı

El
22.01.18
Hamza GİZELİ
Etiler Daire Başkanı



EK-11. TRABZON AKÇABAT DEVLET HASTANESİ VE TRABZON KANUNİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ RESMİ KURUM İZİN YAZISI



T.C.
TRABZON VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Personel Destek Hizmetleri Başkanlığı



Sayı : 14636530-008/İLLDİ
Konu : Araştırma İsmi Ayfer KARA.

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Dairesi Başkanlığı)

İlçe-08.01.2018 tarih ve T.180000A870 sayılı yazınız

İlgi yazınız istinaden Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü doktora programı öğrencisi Ayfer KARA'nın "Wile Merkezli Bakım Eğitiminin Çocuk Hemşirelerinde Etkisi ve Değerlendirilmesi" adlı doktora tezi çalışmasını MÜHÜRLENDİRİLMİŞE bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Akçabab Devlet Hastanesinde uygulama ile ilgili çalışmasını hastanelerdeki hizmetleri akademyerinde şekilde yürütülmesi, mesguliyetini kazınması, çalışmasını esasına dayananması, kişisel verileri/özel hayatı özen gösterilmesi ve çalışma sonuçlarının bilginize ibanda sunu edilmesinin, sayın yazınızdan önce çalışmasını bir üniversite tarafından değerlendirilmesi koşuluyla uygun görülmüştür.

Çalışma süresince arz ederim

Prof. Dr. Mustafa WILMAZ
İl Sağlık Müdürü

EKLER:

- 1- Araştırma İzin Protokolü (2 sayfa)
- 2- Hastane İzin Yürütü (2 adet)



Eğitim - AKÜ/İB/İsmi

Tel: No: 0462 1440000

www.trabzon.edu.tr

Adres: Çarşıbaşı Mah. Bölümlü Cad. Akademi Cami Baki Sok. No: 1

Trabzon/Türkiye

Birlikler: 0800 111 1111 (T.C. Cumhurbaşkanlığı İletişim Başkanlığı)

0800 111 1111 (T.C. Cumhurbaşkanlığı İletişim Başkanlığı)

Bölge Adı: EĞİTİM

Ünvan: İB/İSMİ

İletişim No: 0462 1440000