T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AİLE MERKEZLİ BAKIM ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE'YE UYARLANMASI GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Deniz ALTIPARMAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman
Doç. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN

KONYA-2015

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AİLE MERKEZLİ BAKIM ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE'YE UYARLANMASI GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Deniz ALTIPARMAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman
Doç.Dr. Fatma TAŞ ARSLAN

Bu araştırma Selçuk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından 14102036 proje numarası ile desteklenmiştir.

KONYA-2015

ÖNSÖZ

Araştırmanın planlanması ve yürütülmesi aşamalarında bilgi ve deneyimleri ile yanımda olan danışmanım Doç. Dr. Fatma Taş Arslan'a,

Araştırma sürecinde sürekli yanımda olan ve istatistik ile ilgili konularda desteklerini benden esirgemeyen hocam Yrd. Doç. Dr. Saniye Çimen'e

Aile Merkezli Bakım Ölçeğini geliştiren tez çalışması döneminde sorularımıza sık sık cevap veren Martha Curley'e

Yüksek lisans eğitimine başlamamda bana destek olan hocalarım Doç. Dr Belgin Akın'a ve Doç. Dr. Emel Ege'ye

Her zaman yanımda olan, beni destekleyen sevgili bölüm arkadaşlarıma, dil çevirilerimde bana destek olan Türkan Silahdar'a

Hayatım boyunca bana desteklerini esirgemeyen anneme, babama ve bana her zaman destek olan eşim ve çocuklarıma özellikle bana yardım eden kızıma

Sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım

Öğr. Gör. Deniz ALTIPARMAK

Konya-2015

İÇİNDEKİLER

SİMGELER ve KISALTMALAR.....vi

1. GİRİŞ 1

1.1. Araştırma Soruları.....3

1.2. Aile Merkezli Bakım Kavramı.....4

1.2.1. Aile Merkezli Bakım'ın Tarihsel Gelişimi. 4

1.2.2. Aile Merkezli Bakım İlkeleri 5

1.2.3. Aile Merkezli Bakımın Çocuk Açısından Yararları.....6

1.2.4. Aile Merkezli Bakımın Ebeveyn Açısından Yararları 6

1.2.5. Aile Merkezli Bakımın Pediatri Hemşireleri Açısından Yararları.....7

1.3. Geleneksel Bakım ve Aile Merkezli Bakım Arasındaki Farklılıklar 7

1.4. Aile Merkezli Bakım Konusunda Yapılan Çalışmalar.....8

1.5. Ölçek Uyarlama 9

1.5.1. Psikolingustik Özelliklerin İncelenmesi/Dil Geçerliği 9

1.5.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi; Geçerlik/Güvenirlik 10

2. GEREÇ ve YÖNTEM.....21

2.1. Araştırmanın Tipi.....21

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 21

2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 21

2.3.1.Araştırmaya Katılma Ölçütleri.....21

2.3.2. Çocuk ve Annelerin Tanımlayıcı Özellikleri 22

2.4. Veri Toplama Araçları ve Tekniği 23

2.4.1. Veri Toplama Araçları.....23

2.4.2. Veri Toplama Tekniği.....26

2.5. Ön Uygulama.....26

2.6. Değişkenler.....26

2.7. Verilerin Analizi 27

2.8. Araştırmanın Etik Boyutu.....28

3. BULGULAR.....29

3.1. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Tanımlayıcı İstatistiklerine İlişkin Bulgular. 29

3.2. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Geçerlik Analizlerine Dayalı Bulgular.....32

3.2.1. Dil Geçerliği 32
3.2.2. Kapsam Geçerliği 32
3.2.3. Yapı Geçerliği 33
3.3. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Güvenirlik Analizlerine Dayalı Bulgular 34
3.3.1. İç Tutarlılık 34
3.3.2. Zamana Göre Değişmezlik 36
4.TARTIŞMA 38
4.1. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Geçerlik Analizine Dayalı Bulguların Değerlendirilmesi 38
4.1.1. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Türkçe Formunun Dil Geçerliğinin Değerlendirilmesi 38
4.1.2. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Kapsam Geçerliğinin Değerlendirilmesi 38
4.1.3. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Yapı Geçerliği Değerlendirilmesi 39
4.2. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Türkçe Formunun Güvenirliğinin Değerlendirilmesi 40
4.2.1. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Türkçe Formunun İç Tutarlık Katsayısının Değerlendirilmesi 40
4.2.2. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Zamana Göre Değişmezliğinin Değerlendirilmesi 42
5. SONUÇ ve ÖNERİLER 44
5.1. Sonuç 44
5.2. Öneriler 44
6. KAYNAKLAR 45
7. EKLER 48
EK-A: Aile Merkezli Bakım Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması Anket Formu 48
EK-B: Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği 49
EK-C: Aile Merkezli Bakım Ölçeği 50
EK-D: Family Centred Care Scale 51
EK-E: Dil Geçerliği ile ilgili Görüş Bildiren Uzmanlar 52
EK-F: Aile Merkezli Bakım Ölçeği Kapsam Geçerliğini Değerlendirme Formu 53
EK-G: Kapsam Geçerliği ile İlgili Görüş Bildiren Uzmanlar 55
EK-H: Etik Kurul İzin Belgesi 56
EK-I: Aile Merkezli Bakım Ölçeği Yazar İzni 57

EK İ: TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Konya İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği İzin Belgesi 58
EK J: Gönüllü Bilgilendirme Formu 60
8. ÖZGEÇMİŞ 61

SİMGELER ve KISALTMALAR

AAP : American Academy of Pediatrics

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

AMBÖ : Aile Merkezli Bakım Ölçeği

DFA : Doğrulayıcı Faktör Analizi

KGİ : Kapsam Geçerlik İndeksi

NHBMÖ: Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği

SKK : Sınıfiçi Korelasyon Katsayısı

NSNS : Newcastle Satisfation with Nursing Scale

ICC : Intraclass correlation

CVI : Content Validity Index

N : Sayı

FCCS : Family Centred Care Scale

ÖZET

T.C.
SELCUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Aile Merkezli Bakım Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Deniz ALTIPARMAK
Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ /KONYA-2015

Araştırma Aile Merkezli Bakım Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirliğini belirlemek amacıyla yapılan metodolojik tipte bir çalışmadır.

Ölçeği geliştiren Martha Curley'den izin alındı. Çocuk kliniğinde çocuğu yatmakta olan 200 anneden veri toplandı. Likert tipte olan yedi maddesi bulunan önemlilik ve tutarlılık bölümünden oluşan ölçeğin Türkçe formunun dil geçerliği çeviri-geri çeviri tekniği kullanılarak yapıldı. Kapsam geçerliğinde uzman görüşleri, Kapsam geçerlik indeksi (KGİ) ve sınıfiçi korelasyon katsayısı (SKK) ile değerlendirildi. Ölçeğin yapı geçerliği birleşen geçerlik yöntemiyle Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği puanları ile ilişkisine bakıldı.

Güvenirlik analizleri için madde-toplam puan, Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ve zamana göre değişmezlik katsayısı değerlendirildi.

Aile Merkezli Bakım Ölçeği'nin KGİ %100, SKK 0,89 bulundu. Bu sonuca göre uzman görüşleri uyumlu bulundu. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ile korelasyon katsayısı pozitif yönde güçlü düzeyde ($p<0,05$) bulundu. Madde-toplam puan güvenirlik katsayısı önemlilik bölümü için r=0,48-0,66 tutarlılık bölümü için r=0,55-0,76 arasında ($p<0,05$) Cronbach alfa güvenirlik katsayısı önemlilik bölümü için 0,70 tutarlılık bölümü için 0,79 olarak belirlendi. Test tekrar test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Aile Merkezli Bakım Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir olduğu kanıtlandı.

Anahtar Sözcükler: Aile Merkezli Bakım Ölçeği; Çocuk; Geçerlik; Güvenirlik; Hemşire

SUMMARY

REPUBLIC of TURKEY
SELÇUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Adaptation of Family Centred Care Scale to Turkish A Validity and Realiability Study

Deniz ALTIPARMAK
Department of Nursing

MASTER THESIS / KONYA-2015

The research is a kind of methodological study in order to adapt Family Centred Care Scale into Turkish and to determine the validity and reliability.

An allowance was received from Martha Curley who developed the scale. Children who are staying children in clinical data were collected from 200 mothers. The materiality and scale consists of seven sections with consistency substance in a Likert-type language validity of the Turkish version was performed using translation-back translation technique. Expert opinions were evaluted with content validity index (CVI) and intraclass correlation (ICC) in the content of validity. For the structure validity of the scale, the relationship between the convergent validity method and the Newcastle Satisfation with Nursing Scale points were studied.

For the reliability analysises total item corelations and Cronbach alfa reliability coefficient were evaluated.

Family Centred Care Scale CVI was found 100% and ICC was found 0,89. According to this result expert opinions were compatible. Newcastle Satisfation with Nursing Scale and the correlation coefficient were found strongly positive. It was determined that total item correlation coefficient is between 0,48 and 0,66 for significance part and between 0,55 and 0,76 consistency part ($p<0,05$). And it was determined that Cronbach alfa correlation coefficient is 0,70 for significance part and 0,79 for consistency part.There's no statistically significant difference between test-retest points ($p>0,05$).

To sum up the validity and reliability of Turkish version of FCCS was proved.

Keywords: Family Centred Care Scale; Child; Validity; Reliability; Nurse

1. GİRİŞ

Çocuğun, sağlıklı birey olarak yetişmesi ve davranışlarının şekillenmesinde aile önemli bir role sahiptir (Shields ve ark 2006). Çocuk aile içinde sosyalleşir, kişilere nasıl davranması gerektiğini, bir sorunla karşılaştığında nasıl çözüm bulabileceğini aile içindeki etkileşim sürecinde öğrenir (Aslan ve Cansever 2007). Bu süreç insanın yaşantısı boyunca devam etmektedir. Herhangi bir nedenle sağlık sorunu yaşayan ve tedavilerini hastaneye yatarak almak zorunda olan çocuk ve ailelerin yaşam düzeninde değişiklikler ortaya çıkar (Er 2006). Çocukların alışık oldukları güven verici ortamdan uzaklaşmaları, hastane ortamı gibi yabancı bir ortama girmeleri; çocuk ve aile için travmatik deneyim olmakta ve anksiyete yaşamalarına neden olmaktadır (Çavuşoğlu 2008, Boztepe 2009). Çocuklar için hastaneye yatmadaki en önemli anksiyete kaynağı, ebeveynlerden ayrılmaları, fiziksel yönden zarar görme düşüncesi, invaziv girişimlerin uygulanması, ameliyat, ölüm, ağrı ve kontrol kaybı yaşamalarıdır (Çavuşoğlu 2008). Hastaneye yatan çocuğa gereksinimi olan duygusal desteği sağlamak için primer bakım veren kişilerle ilişkisinin devam ettirilmesi çocuk için önemlidir (Boztepe 2009).

Aile merkezli bakım, hastanede yatan çocuk ve ailesi arasındaki ilişkinin korunmasını sağlar (Conk ve ark 2013). Aile merkezli bakım çerçevesinde, aile bakımın temelinde yer alır, aile çocuğun bakımında pediatri hemşiresi ile işbirliği sağlayarak, çocuğun primer destekleyicisidir (Newton 2000). Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım; çocuk ve ailenin fiziksel, duygusal, entelektüel, sosyal, kültürel ve spritüel yönlerden bir bütün olarak ele alındığı holistik bakım yaklaşımlarını içermektedir (Törüner ve Büyükgönenç 2012). Holistik bakım çerçevesinde pediatri hemşirelerinin görevleri arasında çocuğa bakım verecek kişilerin eğitilmesi ve bilgilendirme yapılarak anksiyetelerinin azaltılması yer almaktadır (Er 2006).

Çocuğa bakım verecek ebeveynlere planlı eğitim verilerek, anksiyete düzeylerinin azaltılması, çocuklarında daha az anksiyete yaşamalarına neden olacaktır. Ailenin çocuğa sağladığı destek, çocuğun hemşirelik bakımına tepkilerini belirleyen önemli bir faktördür. Aile ile çocuk arasındaki iletişimin güçlü ve destekleyici olması çocuk için önemli destek kaynağıdır. Bu nedenle pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım anlayışı ile hemşirelik bakımının verilmesi çok önemlidir (Çavuşoğlu 2008, Törüner ve Büyükgönenç 2012). Pediatri hemşirelerinin

de bakım felsefesi olarak benimsediği aile merkezli bakım, çocuğun yaşantısında aileye önem verilmesi, çocuğun bakım sürecine ailenin katılımı, aile ile işbirliğinin sağlanması ve ailenin güçlendirilmesi temeline dayanmaktadır (Harrison 2009).

Aile merkezli bakım ile hemşirenin ebeveyn ve çocukla olan bakım ve hizmet sunumu üst düzeyde gerçekleşmekte ve ebeveynin çocuğun bakım uygulamaların katılımı sağlandığında çocuğa verilen sağlık bakım kalitesi artmakta ve hastanede kalma süresi kısalmaktadır (Conk ve ark 2013). Ülkemizde yapılan iki çalışmada da ailenin bakıma katılması, bu konuda yaşanan güçlükler ve aile merkezli bakımın öneminin vurgulandığı görülmektedir (Karabudak ve ark 2010, Boztepe 2012).

Pediatri hemşirelerinin en önemli bakım felsefelerinden biri olan aile merkezli bakımın değerlendirilmesi elbette çok önemlidir. Yurtdışı aile merkezli bakım çalışmaları değerlendirildiğinde; Byers ve arkadaşları 114 preterm bebek ve ebeveynleriyle yaptıkları çalışmada, aile merkezli bakım uygulanan grupta yer alan preterm bebeklerin daha az ağladığını, stres düzeylerinin düşük olduğunu ve az oranda analjezik gereksinimleri olduğunu bildirmişlerdir (Byers ve ark 2006). Paliadelis ve arkadaşları pediatri hemşirelerinin aile merkezli bakım uygulamalarını ve aile merkezli bakıma ilişkin görüşlerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, büyük bir çoğunluğu, ebeveynlerin çocuğun beslenme, bakım gereksinimlerini giderme çocuğun yanında her zaman kalarak onu sakinleştirme gibi sorumlulukları olduğunu, bazı ebeveynlerin aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapma, oral ilaçların uygulanması gibi sorumlulukların ailelerin rolü olarak gördüklerini belirtmişlerdir (Paliadelis ve ark 2005).

Cooper ve arkadaşları aile merkezli bakımın yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde uygulanmasının yararını belirlemek için yaptıkları çalışmada, aile merkezli bakım uygulamalarının ailelerin bebek ile arasındaki iletişimin bebek bakım becerilerinin artmasında, ailelerin bebeğin sağlıklı büyümesine ilişkin yeterli bilgiye sahip olmalarında etkili olduğunu belirlemişlerdir (Cooper ve ark 2007). Kamerling ve arkadaşları anestezi sonrası yoğun bakım ünitelerinde sunulan aile merkezli bakımın, çocuğun rahatının sağlanmasında, analjezik gereksinimi ve iyileşme süresinin azalmasında olumlu yararları olduğunu ortaya koymuşlardır (Kamerling ve ark 2008).

Türkiye'de aile merkezli bakıma yönelik çalışmalar değerlendirildiğinde sınırlı sayıda oldukları görülmektedir. Bununla birlikte bu çalışmalar incelendiğinde aile merkezli bakım değerlendirilmesinde; araştırmacılar tarafından hazırlanan soruların kullanıldığı belirlenmiştir. Az sayıda çalışma olmasına rağmen ülkemizde aile merkezli bakımın değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracının olmadığı görülmüştür (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009, Doğan 2010, Aykanat ve Gözen 2014, Öztürk ve Ayar 2014).

Çocuk kliniğinde çalışan hemşirelerin aile merkezli bakım anlayışını ve uyguladığı bakımlarını değerlendirebilmek, ailelerin bakıma katılımını sağlamak çocuğa verilen bakım kalitesinin artırılması için, ölçek çalışmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Aile Merkezli Bakım Ölçeği'nin kullanılması ile ebeveynler tarafından çocuk kliniğinde çalışan hemşirelerin aile merkezli bakım anlayışları değerlendirilecektir.

Aile Merkezli Bakım Ölçeği çalışmasının yurt dışında yapılmış olması nedeniyle ölçeği Türkçe'ye uyarlamak, geçerlik ve güvenirliğini belirlemek amacıyla metodolojik olarak yapılmıştır. Bu çalışma ile pediatri hemşireliğine, aile merkezli bakım uygulamaları konusunda literatüre yeni bir ölçme aracı kazandırılmıştır.

1.1. Araştırma Soruları

1. AMBÖ'nin Türkçe formu geçerli bir ölçüm aracı mıdır?
2. AMBÖ'nin Türkçe formu güvenilir bir ölçüm aracı mıdır?

1.2. Aile Merkezli Bakım Kavramı

Aile merkezli bakım çocuğun yetiştirilmesinde ailenin rolünü kabul eden ve saygı duyan, aile bireylerini güçlerini ve seçimlerini destekleyen, çocuğun hastalık ve iyileşme süreci boyunca normal yaşam örüntülerini geliştiren bir bakım modelidir (Törüner ve Büyükgönenç 2012). Aile merkezli bakım hastane ortamında ebeveynlerin ve çocukların gereksinim ve beklentilerini karşılayan bakım yaklaşımıdır (Brown ve ark 2008).

Aile merkezli bakım felsefesi, ailenin bakıma katılması ve çocuğun bakımında sağlık personeli kadar söz sahibi olduğunun kabul edilmesini içermektedir (Boztepe 2009). Bakım uygulamalarında ailenin yeterli kılınması ve güçlendirilmesi gibi önemli noktaları vurgulayan aile merkezli bakım (Törüner ve Büyükgönenç 2012). Amerika'da bulunan Aile Merkezi Bakım Enstitüsü tarafından, aile merkezli bakımı; çocuk, aile ve sağlık ekibi üyeleri arasındaki işbirliği yaklaşımı olarak tanımlamaktadır. Aile merkezli bakım saygı, destek, kuvvet, esneklik, işbirliği, bilgi, yetki ve seçenek olmak üzere, sekiz kavramı içermektedir (Shields ve Tanner 2004).

Aile merkezli bakımın dört temel içeriği vardır. Bunlar;

İtibar ve saygı; sağlık çalışanları ailelerin değerleri, inançları ve kültürel geçmişlerinden kaynaklanan tercihlerine ve görüşlerine saygı duyarlar ve sundukları bakımın tercihler doğrultusunda yapmaya çalışırlar.

Bilgi paylaşımı; sağlık çalışanları hastaları ile ilgili bilgileri ve gelişmeleri aileler ile düzenli olarak doğru ve ön yargısız bir şekilde paylaşırlar.

Ailenin bakımda yer alması; aileler kendi seçimleri ve istekleri düzeyinde hasta bakımında yer almaya ve onlarla ilgili karar vermeyesi için cesaretlendirilirler.

Aile ile iş birliği; aileler bakım ile ilgili programların geliştirilmesinde ve profesyonellerin eğitiminde sağlık çalışanları ile iş birliği içerisinde olurlar (Ahmann ve Johnson 2001, Erdeve 2009).

1.2.1. Aile Merkezli Bakımın Tarihsel Gelişimi

Yirminci yüzyılın ortalarında hastaneye yatan çocuğa aileler olmadan daha kolay bakım verilebileceği ve hemşirelerin hasta çocukla baş etmelerinin, annelerin varlığına göre daha iyi olabileceği düşünülüyordu (Jolley ve Shields 2009). Bu yüzyılda yapılan savaş zamanında çocukların ölümü, savaş sonrası dönemde

çocukların kurtarılamaması nedeniyle, çocuğa bakım kavramı ve yetişkinden ayrı haklara sahip olması gerektiği düşünülmüştür (Shields ve Nixon 2004). 1930'lu yıllarda enfeksiyon hastalıklarının artması nedeniyle hastanede salgınların ve enfeksiyon hastalıklarını önlemek için aile ziyaretleri sınırlandırılmıştır (Jolley ve Shields 2009). 1950'li yıllarda aile merkezli bakım kavramı önem kazanmaya başlamış, köklü değişiklikler yapılarak aile merkezli bakımla ilgili stratejiler geliştirilmiştir (American Akademy of Pediatrics 2003).

Yirmibirinci yüzyılın başlarında pediatri hemşirelerinin temel felsefesi olan, aile merkezli bakım, çocukların ve ailelerin sağlığını koruma, geliştirme, hastanede ve evde sağlık bakım etkileşimlerini değiştirerek "Aile Merkezli Bakım Modeli" pediatri hemşireliğinde temel öğe haline gelmiştir (Ergin 2006). Bu dönemde ailelerin çocuklarının bakımına aktif katılımı ile hastanede yatan çocukların duygusal ve gelişimsel gereksinimlerinin karşılanması aile merkezli bakım felsefesinin benimsenmesinde etkili olmuştur (Jolley ve Shields 2009).

Günümüzde pediatri hemşireleri aile merkezli bakım anlayışını kabul etmekte, ancak uygulamada istenen düzeyde olmadığı görülmektedir. Petersen ve arkadaşları bu durumun, pediatri kliniğinde çalışan hemşirelerin aile merkezli bakımı desteklediklerini söylemelerine rağmen bakımlarına her zaman yansıtmamalarından kaynaklandığını belirtmişlerdir (Petersen ve ark 2004).

1.2.2. Aile Merkezli Bakım İlkeleri

Amerikan Pediatri Akademisi, sağlık çalışanlarının bakımlarını aile merkezli bakım anlayışı ile sunabilmeleri için ilkeler geliştirmiştir. Bu ilkeler: Çocuk ve ailesine saygı duymak, ailelerin etnik kültürel, sosyo-ekonomik ve ırksal özelliklerine, baş etme yöntemlerine saygı duymak, ailenin gücünü kabul ederek desteklemek ve cesaretlendirmek, bakım ve destek yaklaşımlarıyla çocuğun ve ailenin seçimini destekleyerek onlara yol göstermek, ailenin kültürel değer ve inançları doğrultusunda politikaların uygulanabilirliğini sağlamaktır. Çocukların durumu ile ilgili aileye bilgi vermek, çocuk aile ya da bakım veren bireye yaşamın her döneminde destek sağlamak, çocuğun bireysel bakımı, sağlık çalışanlarının eğitimi, politikaların ve programların geliştirilmesi sağlık hizmetinin tüm aşamalarında aile ile işbirliğini sağlamak, her çocuk ve aileyi güçlendirerek

özgüvenin geliştirmesini sağlamak ve sağlıkla ilgili kararların alması için desteklemektir (American Academy of Pediatric 2003).

1.2.3. Aile Merkezli Bakımın Çocuk Açısından Yararları

Aile merkezli bakım uygulandığında; çocuğun fiziksel ve psikososyal sağlığının gelişmesi desteklenmekte ve çocuk daha az stres yaşamaktadır (Törüner ve Büyükgönenç 2012). Byers ve arkadaşları 114 preterm bebek ve ebeveynleriyle yaptıkları çalışmada, aile merkezli bakım uygulanan grupta yer alan preterm bebeklerin daha az ağladığını, stres düzeylerinin düşük olduğunu ve daha az analjezik gereksinimleri olduğunu bildirmişlerdir (Byers ve ark 2006). Kamerling ve arkadaşları anestezi sonrası yoğun bakım ünitelerinde sunulan aile merkezli bakımın çocuğun rahatının sağlanmasında, analjezik gereksinimi ve iyileşme süresinin azalmasında olumlu yararları olduğunu ortaya koymuşlardır (Kamerling ve ark 2008). Bu çalışmaların sonucunda aile merkezli bakım anlayışı ile çocuklara uygulanan bakımların, çocukların hastane ortamına iyi uyum sağlaması, hızlı bir iyileşme dönemi göstermesi nedeniyle hastanede kalış süresinin azaldığını belirtmişlerdir (Byers ve ark 2006, Kamerling ve ark 2008).

1.2.4. Aile Merkezli Bakımın Ebeveyn Açısından Yararları

Aile merkezli bakım modelinin, ailenin öz yeterlilik duygusunu arttırdığı, bakım memnuniyetini yükselttiği, ebeveyn-çocuk bağlılığını ve davranışlarını olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir (Byers ve ark 2006). Aile merkezli bakım modeli uygulandığında ailede öğrenme artmakta, aile bireyleri daha az stres yaşamakta, bakımdan daha fazla doyum sağlanmakta ve çocuğun bakımında yetkilenme oluşmaktadır (Törüner ve Büyükgönenç 2012). Cooper ve arkadaşları aile merkezli bakımın yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde uygulanmasının yararını belirlemek için yaptıkları çalışmada, aile merkezli bakım uygulamalarının ailelerin bebek ile arasındaki iletişimin bebek bakım becerilerinin artmasında, ailelerin bebeğin sağlıklı büyümesine ilişkin yeterli bilgiye sahip olmalarında etkili olduğunu belirlemişlerdir (Cooper ve ark 2007). Erdeve ve arkadaşları yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi gören bebeklerinin bakımına katılan annelerin, katılmayan annelere göre bakım becerilerinin artmış olması nedeniyle bebeklerin tekrar hastaneye yatma oranının iki kat daha az olduğunu belirlemişlerdir (Erdeve ve ark 2008).

1.2.5. Aile Merkezli Bakımın Pediatri Hemşireleri Açısından Yararları

Aile merkezli bakım modeli, pediatri hemşirelerinin iş doyumunu artırır ve klinikte karar alma süreçlerini geliştirir (Öztürk ve Ayar 2014). Bu olumlu etkiler yanında aile merkezli bakımın uygulanmasında karşılaşılan güçlükler de vardır.

Paliadelis ve arkadaşları pediatri hemşirelerinin aile merkezli bakım uygulamalarını ve aile merkezli bakıma ilişkin görüşlerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada; Pediatri hemşirelerinin çocuğun bakımında kendilerini profesyonel bir güç olarak kabul görmeleri ve bu rollerini ailelerle paylaşmak istememeleri, ağrı ve acı verici işlemlerde ailenin çocuğun yanında bulunmasının stresini arttıracağı düşüncesine sahip olmaları ailelerin çocuklarına bakım veren hemşireler ile kendilerini kıyasladıklarında yetersiz, çaresiz hissetdikleri ve rol karmaşası yaşadıklarını belitmişlerdir. Çalışmada çıkan sonucun; nedenin hemşireler görevlerini ailelerle paylaşmak istememeleri olduğunu belirlemişlerdir.

Pediatri hemşirelerinin yoğun çalışmaları nedeniyle ailelere yeterli zaman ayırmamaları, ailelerin eğitilmesinin pediatri hemşirelerinin iş yükünü arttıracağı düşüncesi, ailelerin hastanedeki rolleri ve sorumluluklarına ilişkin bir rehber olmaması, hemşirelerin yasal sorumlulukları nedeniyle bakım uygulamaların ailelerle paylaşmak istememeleri gibi engelleyici faktörlerden dolayı aile merkezli bakımın uygulanmasında güçlükler yaşandığı bildirilmektedir (Espezel ve Canam 2003, Paliadelis ve ark 2005).

1.3. Geleneksel Bakım ve Aile Merkezli Bakım Arasındaki Farklılıklar

Geleneksel bakımda; doktor hasta için en iyisini bilendir, kültürel ve dini inanışlar bakımda dikkate alınmaz, hastanın psikososyal yapısına önem verilmez, bakımda ailenin rolü azdır, invaziv işlemlerde ebeveyn yer almaz, komplikasyonlara yönelik bilgi verilmez, ameliyat öncesi hazırlık minimal düzeydedir, ağrı yönetimine tepkili yaklaşım vardır (Emil 2012). Geleneksel bakımda hemşireleri hastanın beslenme hidrasyon, hijyen gibi ihtiyaçlarını karşılar hastanın psikososyal yapısına önem verilmez. Bakımda ailenin rolü azdır (Çavuşoğlu 2008).

Aile merkezli bakımda; sağlık bakım profesyonelleri hasta için alınacak kararlarda hasta veya ebeveynlerin görüşünü alırlar. Hastanın bakımı planlanırken kültürel ve dini inanışları ve psikososyal yapısı dikkate alınır. Bakımda ailenin rolü istenen düzeydedir. İnvaziv işlemlerde ebeveyn katılımı sağlanır. Komplikasyonlara

yönelik açık ve şeffaf bilgi paylaşımı vardır. Kapsamlı ameliyat öncesi hazırlık yapılır. Ağrı yönetimine etkin yaklaşım sağlanır. Karmaşık hastalıklara özel interdisipliner yaklaşım vardır. Çalışmalar; aile ve hastaya ilişkin faktörleri ve yaşam kalitesini analiz eder (Emil 2012). Hemşireler hastayı ele alırken bilişsel, duygusal ve sosyal gereksinimlerine dikkat ederek bakım verir (Çavuşoğlu 2008).

1.4. Aile Merkezli Bakım Konusunda Yapılan Çalışmalar

Literatürde aile merkezli bakım konusunda ulusal ve uluslararası çalışmaların olduğu görülmektedir. Kanada, ABD gibi gelişmiş birçok ülkenin çocuk hastanelerinde çocuk ve ailelere aile merkezli bakım ilkeleri doğrultusunda bakım verildiği ve aile merkezli bakımın hastanelerin kurum politikası olarak kabul edildiği görülmektedir (Mantha ve ark 2008). Ayrıca bu hastanelerde yoğun bakım ve acil ünitesi gibi ailelerin çocuklarının yanında olmasının tartışıldığı kliniklerde bile aile merkezli bakım verildiği ve ailelerin 24 saat çocuklarıyla birlikte kalabilmeleri için gerekli fiziksel koşulların sağlandığı belirtilmektedir (Byers ve ark 2006).

Curley (1997) pediatri hemşirelerinin ailelerden anlayış beklediklerini, gelişen olaylar karşısında iki taraf açısından yaklaşılması gerektiğini ve ebeveyninde bakış açısını anlamaya çalıştıklarını belirtmektedir. Hemşireler ebeveynlere iş bölümünde görev üstlenmeleri için yardımcı olurlar, başarılı olmaları için gerekli bilgi, beceri ve desteği sağlarlar. Karşılıklı tedavi edici ilişkiler yoluyla ebeveynler ve hemşireler öz-farkındalık ve anlayış geliştirdikleri belirtilmektedir.

Curley ve arkadaşları (2013) Aile Merkezli Bakım Ölçeğ'i ile aile merkezli bakımın temel ilkelerin somutlaştırıldığını, çocuğu hasta olan ebeveynlerin arasında hemşirelik bakımının değerlendirilmesinde ilk güvenirlik ve geçerlik kanıtına sahip bir ölçme aracı olduğu belirtilmektedir.

Türkiye'de aile merkezli bakım konusunda yapılan çalışmalar incelendiğinde; Aile merkezli bakım değerlendirilmesinde;. Yapılan çalışmalarda ailelerin çocukların tedavisi ile ilgili karar verme sürecine katılmadıkları, tıbbi bakımdan çok bedensel bakıma katıldıkları, aileye yeterli bilgi verilmediği, aileler çocuklarıyla ilgili kaygılarını paylaşamadıkları, sağlık çalışanlarının aileleri tedavi sürecine katılmalarına izin vermedikleri belirtilmektedir (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009, Doğan 2010, Kuzlu ve ark 2011, Aykanat ve Gözen 2014, Öztürk ve Ayar 2014).

1.5. Ölçek Uyarlama

Belirli bir kültürde ve dilde geliştirilen bir ölçek o kültüre özgü kavramlaştırma ve örnekleme özelliklerini taşır. Aynı ölçeğin diğer kültür ya da dillerde uygulanabilmesi için yapılan sistematik hazırlık çalışmaları "ölçek uyarlaması" olarak adlandırılır (Öner 1997, Aksayan ve Gözüm 2002, Erefe 2012).

Orijinal ölçeğin başka bir dile çevrilmesi, ölçeğin yapısını değiştirir. Bu değişim, kavramlaştırma ve psikolingustik farklılıklardan ileri gelmektedir. Farklılıkların en aza indirilebilmesi için ölçek maddelerinin incelenmesi, çevrilen dilde anlamı olması için gereken dönüştürmelerin yapılması ve çevrilen dili kullanan bireylerin normlarına göre standardize edilmesi uyarlamanın temel işlemlerini oluşturur. Avrupa, ABD ve Türkiye'de yapılmış olan kültürlerarası ölçek geliştirme araştırmalarından yararlanılarak oluşturulan "uyarlama modeli" psikolingustik ve psikometrik özelliklerin incelenmesi şeklinde uygulanır (Öner 1997, Esin 2014).

1.Psikolingustik özelliklerin incelenmesi: Dil geçerliği

2.Psikometrik özelliklerin incelenmesi: Geçerlik ve Güvenirlik (Öner 1997, Esin 2014)

1.5.1. Psikolingustik Özelliklerin İncelenmesi: Dil geçerliği

Araştırmanın evrenini oluşturan bireylerin ana dilinden, farklı dillerde yazılmış ölçeklerin ilgili dile çevirisinin ve uyarlamasının yapılmasıdır. Öncelikle yazılı iletişim kurularak, orijinal ölçeğin kullanım izni alınır. Ölçeğin tam metni ve varsa kullanım ve değerlendirme sistemi istenir. Ölçeğin çevrilen dilde anlamlı olması için gereken dönüştürmelerin yapılması ve çevrilen dili kullanan bireylerin normlarına göre standardize edilmesi, uyarlama işleminin temelini oluşturur (Öner 1997, Aksayan ve Gözüm 2002, Esin 2014).

Çevirinin başarısı büyük ölçüde çevirmenlerin bilgi ve becerisine bağlıdır. Çevirmenler her iki dili akıcı bir şekilde kullanabildiği gibi, her iki kültürü de yakından tanıması gerekir. Çevirmenlerin seçiminde ise, ölçek alanında uzman, ölçeğin nasıl kullanılacağını bilen kişiler olmalıdır (Aksayan ve Gözüm 2002).

Uyarlama çalışmalarında " tek yönlü çeviri", "grup çevirisi", "geri çeviri" olmak üzere üç yöntem bulunur. En sık kullanılan yöntem geri çeviri yöntemidir. Bu yöntemde en az iki bağımsız çevirmen olmalıdır. Birinci dil uzmanı orjinal ölçeği

hedef dile çevirir, ikinci dil uzmanı tekrar ölçeği orijinal dile çevirir. Çevrilen ölçeğin görünüm geçerliğini değerlendirmek için, şu sorunun yanıtı aranmalıdır. "Maddeler okuyana anlamlı gelir mi?". Bu soruyu yanıtlamak üzere en fazla uygulanan iki yaklaşım, uzman görüşü ve eşdeğerlik sınamasıdır. Çevrilen maddeler orijinal ölçekteki maddeler ile karşılaştırılarak aynı anlamı verip vermedikleri değerlendirilir (Gözüm ve Aksayan 2003, Esin 2014).

Uzman görüşünde, çevrilen ölçeğin dil uygunluğu ve açıklığı uzmanlar tarafından değerlendirilir. Bu aşamada araştırıcı kendi bilim alanındaki uzmanların görüşüne başvurabilir (Aksayan ve Gözüm 2002, Esin 2014). Kültürlerarası özelliklerin değerlendirilmesinde, dil ve kavramsal eşdeğerlik incelenir. Dilde eşdeğerlik, formda hiçbir değişiklik yapmaksızın yapılan çeviriyi anlatır. Kavramsal eşdeğerlik ise aynı anlamın kültüre uygun farklı sözcük ve tümcelerle anlatılabilmesidir (Aksayan ve Gözüm 2002, Esin 2014).Yeni dil normları ile özgün dil normları karşılaştırılır. Ayrıca, "yeni testin faktör yapısı, faktör-madde yükü, özgün formuna benziyor mu?", "Farklar varsa, bunlar dil, kültür v.b. gibi niteliklerle açıklanabiliyor mu?" sorularının yanıtları aranır (Öner 1997).

1.5.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi: Geçerlik ve Güvenirlik

A. Geçerlik

Geçerlilik, kurumsal bilgilerin ve gözlenebilir kanıtların geliştirilen test veya ölçek puanlarının doğrulanmasıdır (Şencan 2005). Geçerlik, bir ölçme aracının kullanıldığı amaca hizmet etme derecesi olduğundan, ölçme araçlarından elde edilecek ölçümler hangi amaçla kullanılacaksa ölçme geçerliği de o amaca bağlı olarak değişecektir. Bir ölçeğin geçerliği sadece ölçeği kullanmakla belirlenemez. O ölçeğin, kullanış amacına, uygulandığı gruba ve puanlama biçimine de bağlıdır (Ercan ve Kan 2004, Sönmez ve Alacapınar 2014).

1. Kapsam geçerliği

Bir ölçme aracının ölçülmek istenen nitelikleri kapsayabilme derecesi olarak tanımlanmaktadır (Seçer 2013). Bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin ölçülmek istenen kavramı ve kavram dışında farklı kavramları içerip içermediğini değerlendirmek amacıyla yapılır (Yurdugül 2005, Esin 2014, Sönmez ve Alacapınar 2014). Bir ölçme aracı, ölçülecek niteliklerin tamamını ölçüyorsa ya da iyi bir örneklem üzerinde ölçme yapmış ve kapsadığı her madde geçerli ölçüm

yapıyorsa kapsam geçerliliği var demektir. Kapsam geçerliği için en az 3 en fazla 20 uzman kişiden konu ile ilgili görüşleri alınır (Şencan 2005, Esin 2014, Sönmez ve Alacapınar 2014).

Sözü edilen uzman kişiler, hem ölçeğin hazırlandığı bilim alanını iyi bilen hem de ölçek sorusu hazırlama teknik ve yöntemlerini iyi bilen kişiler olmalıdır. Ölçek orjinal dilinden kullanılacak olan ülkenin diline çevrildikten sonra değerlendirmesi uzmanlara sunulur. Uzmanların öneri ve eleştirileri doğrultusunda ölçek yeniden yapılandırılır (Gözüm ve Aksayan 2003, Esin 2014)**.** Maddelere ve ölçeğe ilişkin kapsam geçerlik indeksleri elde edilir. Kapsam geçerlik oranları/indeksi ölçütlerine göre form oluşturulur (Yurdugül 2005).

a. Kapsam geçerlik indeksi (KGİ)

Yurdugül (2005) belirttiğine göre Lawshe tekniğinde, en az 5 en fazla ise 40 uzman görüşünün olması gerekir. Her bir madde uzman görüşleri "*madde hedeflenen yapıyı ölçüyor*", "*madde yapı ile ilişkili ancak gereksiz*" ya da "*madde hedeflenen yapıyı ölçmez*" şeklinde derecelendirilmektedir. Kapsam geçerliğinin yanı sıra benzer şekilde maddenin anlaşılabilirliği, hedef kitleye uygunluğu vb. amacıyla da uzman görüşleri alınır. Uzmanlar her bir ölçek maddesi için ''*1 puan: uygun değil, 2 puan: maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir, 3 puan: uygun ancak küçük değişiklikler gerekli, 4 puan: çok uygun şeklindedir.*'' puanlama sistemini kullanır. Araştırmacı her uzmanın her madde için verdiği puanları değerlendirerek, 1 ve 2 puan alan maddeleri çıkartılır ya da yeniden düzenlenir. Eğer uzmanların maddelere 3-4 puan veren uzman sayısı toplam uzman sayısına bölünerek KGİ belirlenir . Ölçeğin kapsam geçerliği vardır diyebilmek için skorun 0,80 ve üzerinde olması gerekir (Aksayan ve Gözüm 2002, Gözüm ve Aksayan 2003, Yurdugül 2005).

b. Davis tekniği

Uzman görüşlerini (a) "*Uygun*", (b) "*Maddenin hafifce gözden geçirilmesi gerekir*", (c)"*madde ciddi şekilde gözden geçirilmeli*" ve (d) "*madde uygun değil*" şeklinde dörtlü derecelendirmektedir. Bu teknikte (a) ve (b) seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin "*kapsam geçerlik indeksi*" elde edilmektedir ve istatistiksel bir ölçütle karşılaştırılmadan 0,80 değeri ölçüt olarak kabul edilmektedir (Yurdugül 2005, Esin 2014).

c. Sınıfiçi korelasyon katsayısı (SKK)

Ayni değişkenin tekrarlı ölçümlerini analiz etmek için kullanılan bir kavramdır. Sınıfiçi korelasyon katsayısı denemeden denemeye ya da günden güne iki ya da daha fazla ölçümün yapıldığı durumlarda uygulanabilir ve tekrarlı ölçümlerin hem sistematik hem de ortalamalara ilişkin değişikliklerine duyarlıdır. Sınıfiçi korelasyon katsayısı, test tekrar test yönteminin, testi iki yarıya bölme ve paralel testler güvenirliğinin hesaplanmasında kullanılmaktadır. Sınıfiçi korelasyon katsayısı bulunurken bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizinden ya da tekrarlı ölçümlerde varyans analizinden yararlanılabilir (Alpar 2014).

Sınıfiçi korelasyon katsayısı değerlendiriciler arasındaki güvenirliği hesaplamak için kullanıldığında aşağıdaki gibi nitelendirilir.

0,95-1,00 mükemmel

0,85-0,94 yüksek

0,70-0,84 orta

0,00-0,69 kabul edilemez (Alpar 2014)

d. Kendall iyi uyuşum katsayısı

Kendall İyi Uyuşum Katsayısı; sıralı (ordinal) ölçekte değerlendiriciler arası uyumluluğu değerlendirmek için kullanılır. Kendall W; 0 (uyumluluk yok) ile 1 (tam uyumluluk) aralığındadır. Bu teknikler dışında ölçek maddelerinin her biri ölçme derecesi 0 (Hiç uygun değil) - 100 (Tamamen uygun) puan veya 1 (en kötü) - 10 (en iyi) puan arasında uzmanlar tarafından değerlendirilir. Bu değerlendirme sonucunda Kendall İyi Uyuşum Katsayısı ile kapsam geçerliği belirlenir. Kapsam geçerliğinin olması için $p>0,05$'ten olmalıdır (Aksakoğlu 2013).

2. Ölçüt-bağımlı geçerlik

Bu geçerlik türünde geçerliği sınanan ölçek puanının, ölçülen kavramı ölçen ve bilinen bazı dış ölçütlerle veya geçerliği sınanmış ölçeklerle ilişkisi aranır. Bu geçerlik ölçütünü değerlendirmek üzere iki yaklaşım vardır (Erefe 2012, Esin 2014, Sönmez ve Alacapınar 2014).

a. ***Yordama-kestirim geçerliği*****:** Ölçek ile yapılan ölçme ile ölçülmeye çalışılan kavramın gerçek hayattaki yansımaları karşılaştırır. Ölçekten elde edilen puan "yordayıcı puan" olarak adlandırılır. Ölçeğin yordama geçerliği olabilmesi için korelasyon katsayısının pozitif yönde ve güçlü ilişki düzeyinde olması gereklidir (Esin 2014, Sönmez ve Alacapınar 2014).

b. Eş zaman geçerliği**:** Yeni geliştirilen bir ölçek ile, aynı amaca yönelik olarak daha önce geliştirilmiş bir başka ölçek arasındaki uyum derecesi değerlendirilir. Geliştirilen ve kullanılan ölçek aynı gruba uygulanır, eski ve yeni ölçüm aracından elde edilen puanlar arasındaki korelasyon katsayısı hesaplanır. Sonuçta elde edilen korelasyon katsayılarının yüksek olması beklenir (Ebrinç 2000, Esin 2014).

3. Yapı geçerliği

Yapı geçerliği, psikolojik test ya da ölçeğin kuramsal bir yapıyı, boyutu, özelliği ne derecede temsil ettiğiyle, ilgilidir. Ölçeğin bir yapıyı yeterince temsil edebilmesi ise maddelerin birbirleriyle tutarlı, yani aynı yönde ölçüm yapabilmesi; bir diğer deyişle homojen olması demektir. Bu tanım alt boyut, alt test, alt ölçekler içinde geçerlidir. Her birinin kendi içinde homojen ve tutarlı olması gerekir (Harrington 2009, Esin 2014).

Yapı geçerliğini değerlendirmek üzere kullanılan 5 yöntem vardır.

a. Çok değişkenli-çok yöntemli matris yaklaşımı

Bu yöntemde, bir testin ölçümlerinin aynı ya da farklı yapılardaki diğer test ya da testlerle nasıl ilişki olduğunun değerlendirilmesi yolu ile yapı geçerliği değerlendirilir. Testin kendine benzeyen değişkenlerle kuramsal olarak yüksek korelasyon ilişkisi, kendinden farklı olan değişkenlerle de sıfır ya da anlamsız ilişki göstermesi gereklidir (Erefe 2012, Esin 2014).

b. Birleşen (benzer sonuçlu) ve ayırteden geçerlik

Birleşen geçerlik benzer özellikleri kavramı ölçtüğü bilinen daha önce geçerlik ve güvenirliği sağlanmış ölçüm aracının araştırma grubu üzerinde uygulanması ve elde edilen değerlerin ölçüm aracı ile karşılaştırılmasıdır (Saane ve ark 2003). Benzer yapıyı ölçtüğü düşünülen ölçekler arasında yüksek korelasyon olması beklenir. Karşılaştırmada ölçüm sonuçları arasında korelasyon katsayısı ve

anlamlılık düzeylerine bakılır. Peterson (2000) belirttiğine göre birleşen geçerlikte korelasyon sayılarının 0,50 ve üzerinde olması gerekmektedir. Ayırtedici geçerlik benzer olmayan kavramı ölçer. Ayırtedici geçerlilik yapılar arasındaki ilişkiler 1 ya da -1'e ne kadar yakınsa yapıların ayırtedici geçerliği düşük olur. Ayırtedici geçerlik ölçme aracının, kurulan hipotezleri doğrulama durumudur. Farklı yapıları ölçen ölçekler arasında düşük korelasyon olması anlamına gelir (Öner 1997, Gözüm ve Aksayan 2003, Baydur ve Eser 2006). Ölçme aracındaki yapı araştırma sorusuna yanıt veriyor olması ölçeğin geçerliliğini ifade etmektedir (Baydur ve Eser 2006).

c. Faktör analizi

Faktör analizi toplam puanı dışında alt boyutları olan ölçekler için kullanılmaktadır. Her alt boyut faktör olarak adlandırılır (Esin 2014). Faktör analizi, çok sayıdaki değişken arasında ilişkilere dayanarak, birbirinden bağımsız ve daha az sayıda daha anlamlı ve özet biçimde yeni değişkenler bulunmasını sağlar (Karagöz 2014). Faktör analizi ile ölçekteki maddeler belli özelliklerine göre gruplandırılarak standart hale dönüştürülür (Ercan ve Kan 2004).

Bir ölçüm aracının yapı geçerliği için faktör analizi yapılmaktadır. Faktör analizinin temel iki temel amacı bulunmaktadır. Değişken sayısını azaltmak, değişkenler arası ilişkilerden yararlanılarak yeni yapılar ortaya çıkarmaktır. Faktör analizi, açıklayıcı ve doğrulayıcı olarak iki şekilde analiz yapılmaktadır (Baydur ve Eser 2006, Çakmur 2012).

Açıklayıcı faktör analizi

Taslak olarak hazırlanan ve uygulanan bir ölçme aracında bulunan maddelerin kaç alt başlık altında toplanacağını belirlemede ve aynı zamanda bunlar arasında ne tür bir ilişkinin olduğunu saptamada kullanılan tekniktir (Sönmez ve Alacapınar 2014). Açıklayıcı faktör analizi 4 aşamada değerlendirilir.

1. Veri grubunun faktör analizi için uygunluğunun değerlendirilmesi

2. Faktörlerin elde edilmesi

3. Faktörlerin rotasyonu

4. Faktörlerin isimlendirilmesi (Adamson ve ark 2000, Karagöz 2014, Sönmez ve Alacapınar 2014).

Doğrulayıcı faktör analizi (DFA)

Yapı geçerliğinin sağlanmasındaki bir kültürde geliştirilen ölçeğin başka bir kültüre uyarlanmasında doğrulayıcı faktör analizi kullanılır (Baydur ve Eser 2006). DFA bir tür hipotez testidir. Araştırmacı bu yaklaşımda, kuramsal bilgilere dayalı olarak belirlediği gözlem değişkenlerinin gizli faktörlerle, gizli faktörlerin de kendi aralarında birbirleriyle ilişkili olduğunu kanıtlamaya çalışır. DFA'de ilişkilerle ilgili tüm varsayımlar kuramsal bilgilere dayalı olarak belirlenir (Şencan 2005).

DFA, faktörlerle değişkenler arasındaki ilişkileri analiz etmek için bir faktör altında toplanacak değişken boyut sayısı hakkında herhangi bir rakam belirlenmemiştir. Bir faktöre işaret eden tek bir değişken dahi modelin daha güvenilir olmasını sağlayabilir. DFA analizini yapmak için iki yaklaşım vardır. Geleneksel yaklaşım ve yapısal eşitlik modeli yaklaşımıdır (Şencan 2005).

d. Hipotez sınaması

Bu geçerlik yönteminde eldeki testten çıkacak sonuçlara yönelik hipotezler geliştirilir. Araştırmacı ilgili kaynaklar veya gözlemler doğrultusunda, önceden aralarında ilişki olacağı varsayımını test eder (Esin 2014, Karagöz 2014)

e. **Bilinen grupların karşılaştırılması**

Ölçmeyi istediğimiz özellik açısından birbirine benzemediği düşünülen iki ayrı gruba geliştirilen araç uygulanır ve sonuçlar karşılaştırılır (Adamson ve ark 2000, Erefe 2012).

B. Güvenirlik

Güvenirlik, bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir. Güvenirlik ölçme amaçlı veri toplama araçları için vazgeçilmez olan bir niteliktir. Güvenirliği saptamanın değişik yolları vardır ve bunların her biri araç başarısının ayrı bir yönü ile ilgili bilgiler sağlar (Ercan ve Kan 2004, Sönmez ve Alacapınar 2014).

Kavramsal ve istatistiksel olarak güvenirlik, bir testteki gerçek farklılıkların, toplam farklılığa oranıdır. Bir ölçeğin güvenirlik katsayısını bulunmasında çeşitli yöntemlerden yararlanılmaktadır. Bu yöntemler; hata kaynaklarından hangisinin dikkate alınıp alınmadığına, içinde bulunulan koşullara, ölçeğin tekrar uygulama olasılığının bulunup bulunmamasına, ölçeğin paralel formunun varlığına ya da

yokluğuna, ölçeğin bir güç ya da hız testi oluşuna göre seçilip kullanılmaktadır (Gözüm ve Aksayan 2003, Aksakoğlu 2013). Güvenirlik, değişik istatistiksel yöntemlerle hesaplanmış korelasyon katsayısıdır, 0-1 arasında değişen değerler alır (Erefe 2012, Sönmez ve Alacapınar 2014)

Güvenirlik yöntemleri

1. İç tutarlılık

Güvenirlik analizlerinin önemli bir adımı iç tutarlılık ya da homojenitedir. İç tutarlılığın dayandığı temel görüş, her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek üzere, birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bir bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımıdır (Gözüm ve Aksayan 2003, Erefe 2012, Esin 2014).

Bir ölçeğin iç tutarlılık güvenirliğine sahip olduğundan söz edebilmek için, ölçeğin tüm alt bölümlerinin aynı özelliği ölçtüğünü kanıtlamak gerekir. Aynı özelliği ölçen maddelerin seçilmesi ölçülmeyenlerin ayıklanması amacıyla kullanılan 4 yöntem vardır (Erefe 2012, Esin 2014, Karagöz 2014).

a. Madde toplam puan güvenirliği

Ölçeğin her maddesinin güvenirliği hakkında bilgi verir. "Hangi madde uygun ya da hangi maddeyi değiştirmemiz gerekir?" sorularının cevabını verir. Bu test de, her bir test maddesinin varyansı, toplam test puanının varyansıyla karşılaştırılarak arasındaki ilişkiye bakılır. Her bir madde için "r" değeri ortaya çıkar. Madde toplam korelasyon katsayısının hangi ölçütün altına düşünce güvenirliğinin yetersiz sayılacağı konusunda belirli bir standart olmamakla birlikte, 0,20-0,30 arasında değişmektedir. Baydur ve Eser (2006) 0,20'nin üzerinde olması Öner (1997) 0.30'un üzerinde olması gerekliliğini belirtmiştir (Öner 1997, Baydur ve Eser 2006, Esin 2014).

b. Cronbach's alfa güvenirlik katsayısı

Cronbach alfa katsayısı yöntemi, maddeler doğru-yanlış olacak şekilde puanlanmadığında, 1-3,1-4,1-5 gibi puanlandığında, kullanılması uygun olan bir iç tutarlılık tahmin yöntemidir. Bir ölçekteki soruların varyanslarının toplamı, genel varyansa bölünerek elde edilir (Ercan ve Kan 2004).

Cronbach Alpha yöntemindeki amaç; ölçekte yer alan maddelerin birbiri ile uyum düzeylerini ortaya çıkarmaktır. Literatüre bakıldığında güvenirliğin 0,70-0,80 arasında olmasının aracın araştırmalarda kullanılması için yeterli olduğu ifade edilmektedir (Tavşancıl 2002, Seçer 2013).

Alfa katsayısının bulunabileceği aralıklar ve buna bağlı olarak da ölçeğin güvenirlik durumu aşağıdaki şekilde ifade edilebilir.

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenirliktedir.

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derece güvenilir bir ölçektir (Tavşancıl 2002, Karagöz 2014).

c. Kuder-Richardson 20 (KR-20-21)

Kuder Richardson tarafından geliştirilen bu formül, cevabı sadece iki şıklı değişkenlere uygulanabilir. KR-20 formülüyle ilgili temel varsayım ölçüm maddelerinin sadece tek bir yapıyı ölçüyor olmasıdır (Esin 2014).

d. Yarıya bölme yöntemi

Bu yöntemde ölçek gruba bir kez uygulanır ve puanlamadan önce ölçek iki bölüme ayrılır. Testin maddelerinin iki eş yarıya ayrılarak testin iki bölüm arasındaki korelasyon hesaplanır (Ercan ve Kan 2004, Karagöz 2014). İki yarı güvenirliği test tekrar test yönteminde ortaya çıkan zaman sorunu ve eşdeğer form bulma gibi sıkıntıları gidermek amacıyla geliştirilen bir tekniktir (Seçer 2013).

2. Zamana göre değişmezlik

Bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür. Aynı ölçme aracı değişik zamanlarda bireylere uygulandığında, bireylerin ölçme aracı maddelerine verdiği yanıtların benzer yani tutarlı olması, o ölçme aracının değişmezliğini gösterir. Değişmezlik test tekrar test ve paralel form güvenirliği ile sağlanabilir (Erefe 2012, Esin 2014).

a. Test tekrar test güvenirliği

Testin ölçmedeki kararlılığını gösterir (Cortina 1993). Test-tekrar test güvenirliği zamana göre değişmezlik ilkesini temsil eder. Aracın değişik zamanlardaki yinelemeli ölçümlerde benzer ölçüm değerlerini sağlama özelliği ile ilgilenir (Green ve Yang 2009, Esin 2014). Ölçülen özellik kısa zaman içerisinde değişkenlik göstermiyor ise tekrarlayan testlerde aynı ya da oldukça yakın sonuçların alınması beklenir (Baydur ve Eser 2006, Çakmur 2012).

Bu güvenirlik sınaması genellikle fiziksel ve teknoloji ile ilgili ölçümler, yazılı ölçekler ve gözlemlerde kullanılır. Birçok ilgi odağı zaman içinde değişimlere uğrar. Tutumlar, davranışlar, duygular, bilgiler, fiziksel durumlar vb. özellikler iki ölçüm dönemi arasında değişim gösterebilir (Yurdugül 2006). Testin ölçüldüğü niteliğin sürekli değişkenlik gösterdiği durumlarda kullanılmaz (Gözüm ve Aksayan 2003).

Ölçüm zamanları arasında ölçülen değişkenlerin istikrarlı kalmasının yanı sıra diğer koşulların da buna etki etmemesi zorunluluğu vardır. Bu koşulun her zaman yerine getirilmesi olanaklı olmadığından, test-tekrar test güvenirliği çoğu kez olduğundan daha düşük düzeyde hesaplanır. İki ölçüm arasındaki durumu değerlendirmek için ölçüm aracından elde edilen puanlar ve ölçeğin her maddesine verilen puanlar karşılaştırılır (Baydur ve Eser 2006).

Test tekrar test yönteminde ölçme aracı belli bir gruba aralıksız olarak ya da belli bir zaman sonra tekrar uygulanır. Böylece iki uygulama arasındaki korelasyona ya da puanlar arasındaki farka bakılarak ölçeğin test tekrar test güvenirliği belirlenir (Seçer 2013).

Testin tekrarı yönteminde, iki farklı yol izlenir:

Aralıksız yöntem: Test aynı gruba aralıksız ya da kısa bir dinlenmeden sonra uygulanır. Bu durumda zaman aralığı kısa olduğu, ara verilmeden uygulandığı için aracın uygulandığı grup, verdikleri yanıtı hatırlayabilir. Bu nedenle iki uygulama arasındaki korelasyon katsayısı gerçeği yansıtmayabilir. Eğer deneklere bir süre sonra ulaşma olasılığı yoksa bu yöntem tercih edilmelidir (Seçer 2013, Esin 2014).

Aralıklı yöntem*:* Test aynı gruba belli bir aralıkla (iki hafta, iki ay vb.) iki kez uygulanır. Bireylerin birinci uygulamadan aldıkları puanlar ile ikinci uygulamadan

aldıkları puanlar arasındaki korelasyon katsayısı hesaplanır. Elde edilen korelasyon katsayısı, testin güvenirlik katsayısıdır (Seçer 2013, Esin 2014).

Değerlendirmede ise iki uygulama puanları arasında Pearson momentler korelasyon testi ile korelasyon katsayısı (r) değeri hesaplanır. Ancak Pearson Momentler Çarpım korelasyon katsayısı örneklemin büyüklüğünden etkilenir ve küçük gruplarda hesaplandığında değişkenlik gösterir. Bu korelasyon katsayısını hesaplarken grubun en az 30 kişiden oluşması, ölçüm değerinin sürekli değişken olması, ölçüm aracının oransal ölçek ile değerlendiriliyor olması gerekir (Tavşancıl 2002, Baydur ve Eser 2006). Bu koşullar sağlanmaz ise iki uygulamanın ölçüm sonuçları arasındaki farka bakılarak değerlendirilir (Baydur ve Eser 2006).

Hesaplanan korelasyon katsayıları -1,00 ile +1,00 arasında değerler alır. Korelasyon katsayısının +1,00 olması iki ölçüm arasında yapılan karşılaştırmada pozitif ve mükemmel bir ilişki olduğunu, -1,00 olması ise negatif ve mükemmel ilişki olduğunu, 0,00 ise ilişki olmadığını gösterir. Ölçeğin zamana karşı değişmez olduğunu saptamak üzere hesaplanan korelasyon katsayısı pozitif ve yüksek olması istenir ve bu sınır ölçeklerde en az 0,70'dir. Ya da puanlar arasındaki fark karşılaştırılarak pozitif yönde ve yüksek olması istenir (Tavşancıl 2002, Baydur ve Eser 2006, Esin 2014).

b. Paralel form güvenirliği

Kullanılan ölçme aracı ile aynı veya benzer içeriğe sahip olan, ya da elimizdeki ölçme aracıyla aynı veya benzer bir niteliği ölçtüğü düşünülen başka bir ölçme aracını aynı grup üzerine uygulayarak aralarındaki korelasyon değerine bakılır (Seçer 2013). Aynı bireylere, farklı oturumlarda uygulanması açısından test tekrar test ile benzerdir (Esin 2014).

2. Ölçümcü güvenirliği

İki aşamada değerlendirilir.

a. Bağımsız gözlemciler arası uyum: Verilerin gözleme dayalı olarak toplandığı ve birden çok gözlemcinin önceden eğitilerek ve birbirinden bağımsız olarak, aynı durum aynı zamanda, aynı ölçüm aracı ile ölçüm yaptıkları yöntemdir (Esin 2014).

b. Gözlemciler içi uyum güvenirliği: Bu yöntemde sadece bir gözlemci vardır. Gözlemci aynı durumu farklı zamanlarda gözleyip değerlendirir ve bu sefer tek gözlemcinin gözlemleri arasındaki uyum değerlendirilir (Erefe 2012).

2. GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma AMBÖ'nün Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirliğinin belirlenmesi amacıyla metodolojik olarak yapıldı.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma; Konya İli kent merkezinde yer alan Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı iki Devlet Hastanesinin çocuk kliniklerinde yapıldı.

T.C. Sağlık Bakanlığı Beyhekim Devlet Hastanes'i süt çocuğu, çocuk cerrahi kliniklerinden oluşmaktadır. Kliniklerde toplam 17 hemşire çalışmakta ve 64 hasta izlenmektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde süt çocuğu ve oyun çocuğu klinikleri, araştırmaya dahil edildi. Süt çocuğu ve oyun çocuğu kliniklerinde toplamda 18 hemşire çalışmakta ve 52 hasta kapasitelidir.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Konya İli kent merkezinde yer alan Konya Eğitim Araştırma Hastanesi ve Beyhekim Devlet Hastanesi'nin çocuk kliniklerinde Haziran-Eylül 2014 tarihleri arasında yatan çocukların anneleri oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini 200 anne oluşturmuştur. AMBÖ'nün soru sayısının 7 olması ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmak için örneklem büyüklüğü madde sayısının en az 5-10 katı civarında olmalıdır (Karagöz 2014). Ancak güvenirlik analizlerinde madde toplam puan korelasyonlarında kabul edilebilir en alt sınır (0,20) olarak kabul edildiğinden (Baydur ve Eser 2006), 7 maddelik ölçek için 70 kişi alınması uygulanacak olan korelasyon katsayısı analizi için bu sayının az olması nedeniyle, alfa yanılma payı 0,05 beta yanılma payı 0,20 (%80 güçle) örneklem sayısı 194 kişi olarak önerilmektedir (Akgül 2005). Bu nedenle örnekleme 200 kişi alınmasına karar verilmiştir. Örneklem grubunun tanımlayıcı istatistikleri Çizelge 2.1 ve 2.2'de verilmiştir.

2.3.1. Araştırmaya Katılma Ölçütleri

0-18 yaş arasındaki çocukların annesi olması

Annenin en az üç gün hastanede çocuğun yanında kalıyor olmasıdır.

2.3.2. Çocuk ve Annelerin Tanımlayıcı Özellikleri

Çocuk kliniklerinde yatan çocuk ve ebeveynlere ilişkin tanımlayıcı bulgular aşağıda verilmiştir.

Çizelge 2.1 Çocuklara ilişkin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımları (n=200)

Özellikler	n	%
Çocuğun cinsiyeti		
Kız	128	64,0
Erkek	72	36,0
Kaçıncı çocuk (Çocuk sıralaması)		
Birinci Çocuk	34	17,0
İkinci Çocuk	123	61,5
Üçüncü Çocuk	37	18,5
Dördüncü ve Daha Üzeri	6	3,0
Kronik hastalık varlığı		
Evet	12	6,0
Hayır	188	94,0
Daha önce hastaneye yatma öyküsü		
Evet	40	20,0
Hayır	160	80,0
Çocuğun tanısı		
Akut böbrek yetersizliği, nefrotik sendrom, pyelonefrit, idrar yolu enfeksiyonu	25	12,5
AGE+Kusma+A. Karın	31	15,5
Ateş+Febril Konvülsiyon.+Konvülsiyon	46	23,0
Bronşit+Astım	78	39,0
Diyabetes Mellitus, Akdeniz ateşi, Hipertansiyon	10	5,0
Sinüzit+Migren	10	5,0

AMBÖ'nün Türkçe'ye uyarlanması çalışmasında veri toplanan annelerin hastanede yatmakta olan çocuklarına ilişkin özellikler incelendiğinde, araştırmada yer alan çocukların yaş ortalamasının 2,96±3,02 (2 ay 17 yaş aralığında) olduğu belirlendi. Çocukların %64'nün kız, %61'nin ikinci çocuk olduğu, çocukların %94'nün kronik bir hastalığı olmadığı saptandı. Çocukların %80'ninin daha önce

hastaneye yatma deneyimi olmadığı ve çocuklara konan tanılar arasında en az %5 ile Diyabetes Mellitus- Akdeniz ateşi-Hipertansiyon en çok %39 ile bronşit ve astımın yer aldığı belirlendi.

Çizelge 2.2. Annelere ilişkin tanımlayıcı özelliklerin dağılımı (n=200)

Özellikler	n	%
Eğitim Durumu		
İlkokul	73	36,5
Ortaokul	36	18,0
Lise	91	45,5
Çalışma durumu		
Evet	16	8,0
Hayır	184	92,0
Sağlık güvencesi		
Var	194	97,0
Yok	6	3,0
Sahip olduğu çocuk sayısı		
1 Çocuk	32	16,0
2 Çocuk	118	59,0
3 Çocuk	44	22,0
4 Çocuk ve üzeri	6	3,0

Çizelge 2.2 incelendiğinde annelerin %45,5 mezun olduğu, %92'nin çalışmadığı, %97'nin sağlık güvencesinin olduğu ve yarısından çoğunun %59 iki çocuğa sahip olduğu görüldü. Araştırmaya alınan annelerin yaş ortalamasının 28,77±6,45 (17-63 yaş aralığında) olduğu belirlendi.

2.4.Veri Toplama Araçları ve Tekniği

Verilerin toplanmasında; çocuk ve ebeveynlerin özelliklerini içeren genel bilgi formu (Bkz. EK A), Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği (Bkz. EK B), Aile Merkezli Bakım Ölçeği (Bkz. EK C) kullanıldı.

2.4.1. Veri Toplama Araçları

Genel Bilgi Formu

Genel Bilgi Formu; çocuğun özelliklerini içeren altı soru (yaş, cinsiyet, tıbbi tanı, kronik hastalık durumu, çocuk sırası, daha önce hastaneye yatma öyküsü), annelerin özelliklerini içeren beş soru (yaş, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi) olmak üzere toplamda 11 sorudan oluştu.

Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği (NHBMÖ)

NHBMÖ, Thomas ve ark (1996b) tarafından hastanın hemşirelik bakımından memnuniyetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması; Akın ve Erdoğan (2007) tarafından yapılmıştır. Ölçek beşli likert tipinde, hemşirelik bakımını içeren 19 maddeden oluşmaktadır. Memnuniyet derecesini belirlemek için ölçeği puanlamada "Hiç Memnun Değilim=1 puan, Biraz Memnunum=2 puan, Oldukça Memnunum=3 puan, Çok Memnunum= 4 puan, Fazlasıyla Memnunum= 5 puan" ifadeleri yer alır ve NHBMÖ tüm maddeleri olumludur. Sorulara verilen puanlar toplanır. Ölçekten elde edilen maksimum puan 95, minimum puan ise 19'dur. Ölçekten elde edilen toplam puan 100'e dönüştürülerek değerlendirme yapılır. Ölçekten alınan toplam puandaki artış hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetinin yüksek olduğunu gösterir (Akın ve Erdoğan 2007).

Akın ve Erdoğan'ın çalışmasında NHBMÖ'nün Cronbach alpha değeri 0,96 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada Cronbach alpha değeri 0,74 olarak elde edilmiştir.

Aile Merkezli Bakım Ölçeği (AMBÖ)

AMBÖ, Martha A.Q.Curley ve arkadaşları (2013) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek önemlilik ve tutarlılık olmak üzere iki bölümden ve yedi maddeden oluşmaktadır. Önemlilik ve tutarlılık bölümlerinde aynı sorular yer almaktadır. Ölçekte ebeveynlerin hastanede kaldıkları süre içerisinde verilen hemşirelik bakımının değerlendirilmesi ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Ebeveynler bu soruları önem ve tutarlılık açısından değerlendirmektedir. Her madde 1-5 arasında puanlanır. Toplam puan hem önemlilik hem tutarlılık bölümleri için 7-35 arasındadır ve ölçekte alt boyutlar bulunmamaktadır.

Önemlilik bölümünde; hemşirelerin ebeveynler için hemşirelerin ne kadar ilgi gösterdiğini, tutarlılık bölümünde ise çocuğun bakımında ne kadar ilgi gösterdiklerini değerlendirmektedir. AMBÖ değerlendirilmesinde, önem ve tutarlılık puanları tek bir puanda birleştirilmektedir. Belirlenen tek puan eşleşmenin yüzdelik derecesini göstermektedir. Eşleşme yüzdesi; hemşirelerin ebeveynlere ne kadar ilgi gösterdiğini ve çocuğun bakımıyla ne kadar ilgilendiklerinin derecesini tanımlamaktadır. Eşleşme yüzdesini belirlemek için, her bir maddenin önem ve

tutarlılık puanına bakılarak ve bir maddenin önem puanı ile tutarlılık puanı aynıysa; (Örneğin, önem ve tutarlık puanına 1 verilmesi) ya da tutarlılık puanı önem puanından 1 puan fazla ise (Örneğin, önem puanına 1 tutarlılık puanına 2 verilmesi), ebeveynlerin pediatri hemşirelerinden beklediği bakım uygulamaları ve çocuğa verdikleri bakımın arasında olumlu bir eşleşme meydana gelmektedir. Ölçek'teki maddelerde bir eşleşme sağlanmadı ise; tutarlılık puanı önem puanından 2 ya da daha fazla olduğu durumda (Örneğin, öneme 1 puan tutarlılık 3 puan olduğunda) ya da tutarlılık puanı önem puanından düşük olduğu (Örneğin, önem puanına 3 tutarlılık puanına 2 verilmesi) durumda bir eşleşme meydana gelmemektedir (Curley ve ark 2013)(Çizelge 2.3).

Çizelge 2.3. ***Örnek****: Ölçek maddelerinde eşleşme yapılması*

Maddeleri değerlendirme kriterleri	**Önemlilik**	**Tutarlılık**
Maddelere aynı puan verilmişse	1 2 **3** 4 5	1 2 **3** 4 5
Tutarlılık puanı önem puanından 1 puan fazla ise	1 2 **3** 4 5	1 2 3 **4** 5
Her iki durumda da bir eşleşme meydana gelir.		
Tutarlılık puanı önem puanından 2 puan fazla ise	1 **2** 3 4 5	1 2 3 **4** 5
Tutarlılık puanı önem puanından düşük ise	1 2 3 **4** 5	1 2 **3** 4 5
Her iki durumda da bir eşleşme meydana gelmez		

Eşleşme yüzde puan hesaplaması: Eşleşen madde sayısı ölçek maddelerinin sayısına bölünür *(Örneğin 3/7=0.42)*. Bir eşleşme yüzde puanı belirlemek için 100 ile çarpılarak toplam eşleşme puanı elde edilir.*(Örneğin 0.42* 100= %42)(Çizelge 2.4)*

Çizelge 2.4.*Örnek:* *Bir ebeveynin ölçek maddelerine verdiği puanların eşleşme yüzdesi değerlendirilmesi*

AMBÖ Madde no	**Önemlilik**	**Tutarlılık**	**Eşleşme durumu**
1	1 **2** 3 4 5	1 2 **3** 4 5	**Eşleşti**
2	1 2 **3** 4 5	1 2 3 4 **5**	Eşleşmedi
3	1 **2** 3 4 5	1 2 3 **4** 5	Eşleşmedi
4	1 **2** 3 4 5	1 **2** 3 4 5	**Eşleşti**
5	1 2 3 **4** 5	1 2 3 4 **5**	**Eşleşti**
6	1 2 3 **4** 5	1 2 **3** 4 5	Eşleşmedi
7	1 2 3 4 **5**	1 2 **3** 4 5	Eşleşmedi

*Üç madde eşleşti, dört madde eşleşmedi

Eşleşme yüzdesinin yüksek puanda olması hemşirelerin ebeveynlerle ilgilendiğini ve çocuğa iyi bakım verildiğini ifade eder. Eşleşme yüzdesinin düşük puanda olması; hemşirelerin ebeveynlere yeterli ilgi göstermediklerini ve çocuğun bakımına yeterli zaman ayırmadıklarını ifade eder. Önem değerlendirilmesi olmadan da tutarlılık puanı kullanılabilir. Toplam puanın yüksek oluşu pediatri kliniğinde çalışan hemşirelerin ebeveynlerin bekledikleri bakımın karşılandığını ve çocuklara verilen bakımlarda, aile merkezli bakım modelini kullandıklarını göstermektedir.

Orijinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı önem için 0,70 ve tutarlılık için 0,90 olarak bulunmuştur. Tutarlılık maddeleri için faktör yükleri 0,86-0,92 olarak belirlenmiştir (Curley ve ark 2013). Bu çalışmada AMBÖ'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır.

2.4.2. Veri Toplama Tekniği

Veriler ilgili hastanelerden kurum izinleri (Bkz Ek İ) ve araştırma etik kurul izni (Bkz Ek H) alındıktan sonra, 1/06/2014 – 31/10/2014 tarihleri arasında araştırmacı tarafından çocuk kliniklerinde yatan annelerden toplandı. Yanlı bilgi olmaması açısından araştırmacının ebeveynlere çocuklarının bakımında görev alan hemşire olmadığını açıklandı. Araştırma verileri yüz yüze görüşme yöntemi ile maddeler her bir ebeveyne ayrı ayrı okunarak, hasta odalarında gerçekleşti. Anket uygulaması yaklaşık 20 dakikalık süreyi kapsadı.

2.5. Ön Uygulama

Veri toplama formunun anlaşılırlığı ve işlevselliğini saptamak için çocuk kliniğinde yatan beş anneye araştırma öncesi veri toplama araçları uygulandı. Anket sorularının açık ve anlaşılır olduğu belirlendi, anket forumlarında herhangi bir düzeltmeye gidilmedi. Ön uygulamada yapılan anketler araştırma kapsamına alındı.

2.6. Tanımlayıcı Değişkenler

Çocuk özellikleri; yaş, cinsiyet, çocuk sıralaması, kronik hastalık durumu, daha önce hastaneye yatma öyküsü.

Anne özellikleri; yaş, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi.

2.7. Verilerin analizi

Araştırmada ölçek geçerlik güvenirlik ve uyarlanmasında izlenen yöntem ve istatistiksel testler Çizelge 2.5'de gösterilmiştir.

Çizelge 2.5'de AMBÖ'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında izlenen yöntem ve istatistiksel testler

Yöntem	**İstatistiksel Testler**
Ölçek geçerliği için izlenen yöntem ve istatistiksel testler	
Dil Geçerliği	İki uzman tarafından İngilizceden Türkçe'ye Çevirisi yapıldı (Öner 1997, Aksayan ve Gözüm 2002, Esin 2014). Orijinal ölçeği bilmeyen İngilizce dil uzmanı tarafından tekrar İngilizceye çevrildi (Öner 1997, Esin 2014).
Kapsam Geçerliği	Yedi uzman tarafından ölçek maddeleri puanlanmıştır. Kapsam geçerlik indeksi ve Sınıfiçi korelasyon katsayısı analizi uygulandı (Yurdugül 2005, Esin 2014, Alpar 2014).
Yapı geçerliği	
Birleşen geçerliği /benzer sonuçlu geçerlik	Birleşen geçerliğini değerlendirmek için Pearson korelasyon katsayısı analizi uygulandı (Öner 1997, Saane ve ark 2003, Baydur ve Eser 2006).
Ölçek güvenirliği için izlenen yöntem ve istatistiksel testler	
İç tutarlılık	
Madde toplam puan güvenirliği	Madde toplam puanları ile arasındaki ilşki için pearson momentler çarpımı korelasyon analizi uygulandı (Akgül 2005, Baydur ve Eser 2006.
Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı	İç tutarlılığı değerlendirmek için Cronbach Alfa analizi uygulandı (Erefe 2012, Esin 2014,Karagöz 2014).
Zamana göre değişmezlik	
Test tekrar test (aralıksız yöntem)	Wilcoxon analizi uygulandı (Baydur ve Eser 2006, Seçer 2013, Esin 2014).

2.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik izni S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 28 Mayıs 2014 tarihli ve 2014/59 sayılı karar ile alındı (Bkz. EK H). AMBÖ Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması için yazarı Martha Curley'den yazılı kullanım izni alındı (Bkz. EK I). Araştırmanın yürütülmesi için, TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Konya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden yazılı izin alındı (Bkz. EK İ). Verilerin toplanması aşamasında ise; çalışmaya katılacak olan annelere önce araştırmanın amacı ile bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul etiklerine yönelik "Gönüllü Bilgilendirme Formu" ile yazılı onamları alındı (Bkz. EK J).

3. BULGULAR

Bu bölümde çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin aile merkezli bakım uygulamalarını değerlendirmek için Curley ve arkadaşları tarafından (2013) geliştirilen AMBÖ'nin tanımlayıcı istatistikleri, geçerlik ve güvenirlik analizine dayalı bulgular yer almaktadır.

Bulgular üç bölümde değerlendirilmiştir.

1. AMBÖ tanımlayıcı istatistiklerine ilişkin bulgular.
2. AMBÖ geçerlik analizlerine dayalı bulgular.
3. AMBÖ güvenirlik analizlerine dayalı bulgular

3.1. AMBÖ Tanımlayıcı İstatistiklerine İlişkin Bulgular

AMBÖ maddelerinin tanımlayıcı istatistikleri Çizelge 3.1'de yer almaktadır.

Çizelge 3.1. Annelerin AMBÖ'ne verdikleri puanların tanımlayıcı istatistikleri ve eşleşme oranları (n=200)

Maddeler	Bölüm A Önemlilik		Bölüm B Tutarlılık		Eşleşme	
	En Düşük/ En Yüksek Puan*	$\bar{x}$± SS	En Düşük/ En Yüksek Puan*	$\bar{x}$± SS	n	%
Hemşireler bana iyi karşılandığımı hissettirirler	4-5	4,29±0,46	3-5	4,45±0,55	187	93,5
Hemşireler çocuğumun bakımında önemli bir yerim olduğunu hissettirirler.	3-5	4,28±0,49	3-5	4,46±0,57	189	94,5
Hemşireler çocuğumun hemşirelik bakımını planlarken beni ekibin değerli bir üyesi sayarlar.	3-5	4,33±0,56	3-5	4,54±0,57	190	95,0
Hemşireler yaptıkları hemşirelik bakımı hakkında açıklama yaparlar	3-5	4,22±0,67	3-5	4,46±0,64	188	94,0
Hemşireler çocuğumun durumunda olabilecek değişiklikler hakkında açıklama yaparlar.	3-5	4,14±0,75	3-5	4,40±0,65	186	93,0
Hemşireler iyi bakım verildiğini çocuğuma hissettirirler.	3-5	4,24±0,75	3-5	4,44±0,64	190	95,0
Hemşireler çocuğuma verdikleri bakımın iyi olduğunu bana hissettirirler.	2-5	4.35±0,71	3-5	4,52±0,64	190	95,0
TOPLAM	21-35	29,84±2,66	21-35	31,26±2,82		

***** Her bir maddeden alınabilecek en düşük ve en yüksek puan 1-5 arasında, önemlilik ve tutarlılık toplam ölçek puanı 7-35 arasındadır

Çizelge 3.1. incelendiğinde AMBÖ'nin önemlilik bölümünde "hemşireler çocuğuma verdikleri bakımın iyi olduğunu bana hissettirirler" maddesine annelerin verdiği en düşük puanın 2 en yüksek puanın 5 olduğu, "hemşireler bana iyi karşılandığımı hissettirirler" maddesinin en düşük puanı 4 en yüksek puanın 5 olduğu bulundu. Diğer beş maddenin puanlarının 3 ile 5 arasında olduğu belirlendi. Madde ortalamaları incelendiğinde; önemlilik bölümünde en yüksek puanı "hemşireler çocuğuma verdikleri bakımın iyi olduğunu bana hissettirirler" 4,35±0,71 "hemşireler çocuğumun bakımında önemli bir yerim olduğunu hissettirirler" 4,28±0,49 ve "hemşireler çocuğumun hemşirelik bakımını planlarken beni ekibin değerli bir üyesi sayarlar" 4,22±0,67 maddesi, en düşük puanı ise "hemşireler çocuğumun durumunda olabilecek değişiklikler hakkında açıklama yaparlar" 4,14±0,75 maddesi aldı. Ölçeğin önemlilik bölümüne verilen toplam puan incelendiğinde en düşük puan 21 en yüksek puan ise 35 olduğu görüldü. Önemlilik bölümüne ait toplam puan ise 29,84±2,66 olarak bulundu.

AMBÖ'nin tutarlılık bölümünde tüm maddelere en düşük 3 en yüksek 5 puan verildiği belirlendi. En yüksek puanı "hemşireler çocuğumun hemşirelik bakımını planlarken beni ekibin değerli bir üyesi sayarlar" 4,54±0,57 ve "hemşireler çocuğuma verdikleri bakımın iyi olduğunu bana hissetirirler" 4,52±0,64 en düşük puanı ise "hemşireler çocuğumun durumunda olabilecek değişiklikler hakkında açıklama yaparlar" 4,40±0,65 maddesi aldı. Ölçeğin tutarlılık bölümüne verilen toplam puan incelendiğinde en yüksek puan 21 en düşük puan 35 olarak bulundu. Tutarlılık bölümüne ait toplam puan ise 31,26±2,82 olarak bulundu. Annelerin AMBÖ maddelerine hem önemlilik hem de tutarlılık bölümü için (beş üzerinden) 4'ün üzerinde puan verdikleri belirlendi.

AMBÖ eşleştirme bölümü incelendiğinde tüm maddelerin eşleşme oranı %93-95 arasında bulundu.

3.2. AMBÖ Geçerlik Analizlerine Dayalı Bulgular

AMBÖ ile ilgili geçerlik çalışmasında dil geçerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerliği analizleri yer almaktadır.

3.2.1. Dil Geçerliği

Araştırmanın ilk aşamasında AMBÖ dil geçerliğine ilişkin çalışma yapıldı. Family Centred Care Scale (Bkz EK D) çeviri çalışması (İngilizceden-Türkçeye), iki dil bilen (İngilizce-Türkçe) alanında uzman iki öğretim üyesi tarafından ölçeğin çevirisi yapıldı (Bkz EK E). Bu çeviriler sonucunda, araştırmacı ve tez danışmanı tarafından, iki uzmandan gelen ifadeler değerlendirildi. Uzman çevirilerinde maddeler arasında farklılıklar olmadığı görüldü. Danışman ve araştırmacı tarafından ortak bir çeviri oluşturuldu. Düzenlenen bu ifadeler tekrar (Türkçe-İngilizce) bağımsız bir dil uzmanı (Bkz Ek E) tarafından orijinal dile çevrildi.

3.2.2. Kapsam Geçerliği

Ölçeğin kapsam geçerliğine ilişkin değerlendirme aşamasında; ölçeğin orijinal ve Türkçe formu ölçekteki her bir maddenin ölçme derecesini değerlendirmek amacıyla alanında uzman yedi kişiye gönderildi (Bkz. EK F). Uzmanlardan maddelerin ifade şekli ve uygunluğunu değerlendirmeleri için her maddeye 1-4 arasında (1= Hiç uygun değil, 4=Tamamen uygun) puan vermeleri istendi. Uzmanlar tarafından ölçeğin maddelerine en düşük (3), en yüksek (4) puan verildi (Bkz. EK G).

Ölçekte yer alan ifadelere, uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda, üç uzmandan 3 ve 7. maddeler ile ilgili öneriler bildirildi 3. madde "hemşireler çocuğumun hemşirelik bakımını planlarken beni ekibin değerli üyesi hissettirirler" ifadesi, "hemşireler çocuğumun hemşirelik bakımını planlarken beni ekibin değerli bir üyesi sayarlar" 7. madde "hemşireler çocuğuma verdikleri bakımın iyi olduğunu hissettirirler" yerine "hemşireler çocuğuma verdikleri bakımın iyi olduğunu bana hissettirirler" düzeltmeler yapıldıktan sonra, maddelere son şekli verildi. AMBÖ'nin tüm maddelerine uzmanlar tarafından 3 ile 4 arasında puan verildi. Kapsam geçerliğini değerlendirilmesinde kapsam geçerlik indeksi ve sınıfiçi korelasyon katsayısı kullanıldı.

Çizelge 3.2 AMBÖ uzman görüşüne dayalı geçerlik puan ortalamaları

Maddeler	Ort.	S.S	*Min*	*Max*	*KGİ*
Hemşireler bana iyi karşılandığımı hissettirirler	3,57	0,53	3	4	1,0
Hemşireler çocuğumun bakımında önemli bir yerim olduğunu hissettirirler.	3,71	0,49	3	4	1,0
Hemşireler çocuğumun hemşirelik bakımını planlarken beni ekibin değerli bir üyesi sayarlar.	3,71	0,49	3	4	1,0
Hemşireler yaptıkları hemşirelik bakımı hakkında açıklama yaparlar	3,71	0,49	3	4	1,0
Hemşireler çocuğumun durumunda olabilecek değişiklikler hakkında açıklama yaparlar.	3,71	0,49	3	4	1,0
Hemşireler iyi bakım verildiğini çocuğuma hissettirirler.	3,71	0,49	3	4	1,0
Hemşireler çocuğuma verdikleri bakımın iyi olduğunu bana hissettirirler.	3,71	0,49	3	4	1,0

AMBÖ maddelerinin kapsam geçerliği için 7 uzmanın görüşü alınmış, uzmanların maddelere verdiği en düşük ve en yüksek puan, ortalama, standart sapmaları ve kapsam geçerlik indeksi (KGİ=CVI: Content Validity Index) değerleri Çizelge 3.2'de verildi. Ölçekte yer alan tüm maddelerin her birinin KGİ 1,00 olup, toplam ölçeğin kapsam geçerlik indeksi 1,0 (% 100) olarak buludu. Ölçekte yer alan beş maddenin ortalaması ($\overline{X}$ =3,71±0,49) (en düşük 3 en yüksek 4) bulundu. En düşük puan ortalamasına sahip madde ise "Hemşireler bana iyi karşılandığımı hissettirirler" ortalaması ($\overline{X}$ =3,57±0,53) (en düşük 3 en yüksek 4) olduğu belirlendi.

AMBÖ maddeleri için uzman görüşleri arasındaki uyumu değerlendirmek amacıyla ayrıca yedi uzmandan elde edilen veriler sınıfiçi korelasyon katsayısı (iki yollu random etki, tutarlılık modeli) yöntemiyle incelendi. Bu ölçeğin sınıfiçi korelasyon katsayısı (SKK=ICC: Intraclass Correlation Coefficent) 0,89 olarak bulundu.

3.2.3. Yapı Geçerliği

Yapı geçerliğini belirlemede birleşen geçerlik analizi yapıldı. Bu amaçla AMBÖ puanları ile benzer sonuçlu olan NHBMÖ puanları arasındaki korelasyon incelendi. AMBÖ önemlilik ve tutarlılık bölümü ile NHBMÖ puan korelasyonları Çizelge 3.3 yer almaktadır.

Çizelge 3.3. AMBÖ önemlilik ve tutarlılık bölümü ile NHBMÖ puanlarının korelasyonu

Ölçekler	r	p
AMBÖ_Önemlilik	0.60	**0.000**
AMBÖ_Tutarlılık	0.64	**0.000**

Çizelge 3.3 incelendiğinde, AMBÖ önemlilik ve tutarlılık bölüm geçerliğini değerlendirmek için daha önce geçerliği ve güvenirliği kabul edilen Newcastle hemşirelik bakım memnuniyet ölçeği ile uyumu Pearson korelasyon analizi ile test edildi. Her iki ölçeğin puanları arasında iyi düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlendi (önemlilik r=0,60; tutarlılık r=0,64; p=0.000).

3.3. AMBÖ Güvenirlik Analizlerine Dayalı Bulgular

AMBÖ ile ilgili güvenirlik çalışmasında; iç tutarlılığı belirlemede madde toplam puan analizi, Cronbach alfa güvenirlik analizi ve zamana göre değişmezlik test tekrar test analiz bulguları yer almaktadır.

3.3.1. İç Tutarlılık

İç tutarlığı belirlemede **madde toplam puan korelasyonu** değerlendirildi. AMBÖ madde toplam puan korelasyonunu belirlemek için Pearson momentler çarpımı korelasyon analizi uygulandı. AMBÖ verilen yanıtların yüzdesi ve madde toplam puan korelasyon analizinin sonuçları Çizelge 3.4'te yer almaktadır.

Çizelge 3.4. AMBÖ verilen yanıtların yüzdesi ve madde-toplam puan korelasyonları (n=200)

Maddeler	Bölüm A Hemşirelerin bunu yapması sizin için ne kadar önemli?			Bölüm B Hemşireler sizce bunu ne kadar tutarlı yapıyorlar?		
	Çok Önemli/ Önemli*	Madde toplam puanları r	p	Çok Tutarlı/ Tutarlı**	Madde toplam puanları r	p
Hemşireler bana iyi karşılandığımı hissettirirler	29,5/100	0,59	0,000	47,0/97,5	0,74	0,000
Hemşireler çocuğumun bakımında önemli bir yerim olduğunu hissettirirler.	30,5/98,0	0,61	0,000	50,0/96,0	0,76	0,000
Hemşireler çocuğumun hemşirelik bakımını planlarken beni ekibin değerli bir üyesi sayarlar.	37,0/95,5	0,62	0,000	57,5/96,5	0,72	0,000
Hemşireler yaptıkları hemşirelik bakımı hakkında açıklama yaparlar	35,5/86,0	0,66	0,000	53,5/92,0	0,66	0,000
Hemşireler çocuğumun durumunda olabilecek değişiklikler hakkında açıklama yaparlar.	36,0/77,5	0,66	0,000	48,5/91,0	0,64	0,000
Hemşireler iyi bakım verildiğini çocuğuma hissettirirler.	42,5/81,0	0,62	0,000	52,0/92,0	0,59	0,000
Hemşireler çocuğuma verdikleri bakımın iyi olduğunu bana hissettirirler.	48,5/87,0	0,48	0,000	60,0/92,0	0,55	0,000

*"Çok önemli" seçeneğini işaretleyenler / "çok önemli"= 5 ve "önemli"=4 seçeneğini işaretleyenlerin toplam yüzdeleridir.

**"Çok tutarlı" seçeneğini işaretleyenler / "çok tutarlı"= 5 ve "tutarlı"=4 seçeneğini işaretleyenlerin toplam yüzdeleridir.

Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Türkçe formunun güvenirlik çalışması için yedi maddenin madde-toplam puanları arasındaki ilişki Pearson momentlar çarpımı korelasyon analizi ile incelendiğinde, maddelerin korelasyon güvenirlik katsayılarının önemlilik bölümü için r=0,48-0,66 arasında, tutarlılık bölümü için r= 0,55-0,76 arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptandı ($p<0,001$).

AMBÖ iç tutarlılığını belirlemek için **Cronbach alfa** analizi uygulandı. AMBÖ'nün Türkçe'ye uyarlanan önemlilik ve tutarlılık bölümünün iç tutarlılığını test eden Cronbach alfa güvenirlik katsayısı uygulamasında önemlilik $\propto$=0,70 tutarlılık bölümü $\propto$=0,79 olarak bulundu.

3.3.2. Zamana Göre Değişmezlik

Ölçeğin değişmezliğini test tekrar test yöntemi ile değerlendirildi.

Birinci uygulama

Veri toplama araçları (Genel bilgi formu, AMBÖ, NHMBÖ) araştırmacı tarafından 15-31 Ekim 2015 tarihleri arasında sabah 9-12 saatleri arasında, hasta odalarında uygulandı.

İkinci uygulama

Pearson momentler çarpım korelasyon katsayısının örneklemin büyüklüğünden etkilenmesi ve küçük gruplarda değişkenlik göstermesi nedeniyle grubun en az 30 kişiden oluşması gerekmektedir (Tavşancıl 2002). Bu nedenle; Birinci uygulama sabah uygulandıktan sonra, test tekrar testin aralıksız yöntemi kullanılarak 31 anneye AMBÖ uygulaması öğleden sonra tekrar uygulandı. Araştırmada test tekrar testin analizi için Wilcoxon analizi kullanıldı.

AMBÖ test tekrar test puan ortalamalarının karşılaştırılması Çizelge 3.5 yer almaktadır.

Çizelge 3.5. AMBÖ test ve tekrar test puan ortalamalarını karşılaştırılması (n=31)

Ölçek	İlk Uygulama $\bar{x}\pm$ **SS**	İkinci Uygulama $\bar{x}\pm$ **SS**	**Z**	**p**
AMBÖ_Önemlilik	30,03±2,44	30,39±3,31	0,459	0,646
AMBÖ_Tutarlılık	32,16±3,33	32,52±3,24	0,347	0,728

AMBÖ'nin zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için güvenirlik analizi olarak birinci uygulama ve öğleden sonra elde edilen puan ortalamaları Wilcoxon analizi ile karşılaştırıldı. Yaklaşık üç saat ara ile yapılan iki ölçümün puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı. ($p>0,05$; çizelge 3.5)

4. TARTIŞMA

Bu bölümde, Aile Merkezli Bakım Ölçeği geçerlik ve güvenirlik analizlerine dayalı bulguların tartışılması yapılmıştır.

4.1. AMBÖ Geçerlik Analizlerine Dayalı Bulguları Değerlendirilmesi

Bir ölçme aracında öncelikle olması gereken özellik geçerlilik olmalıdır. Çünkü bir ölçme aracı güvenilirlik taşısa bile her zaman geçerli olmayabilir. Bu nedenle ölçme araçlarında öncelikle geçerliğin sağlanması gerekmektedir (Seçer 2013). Geçerlik bir veri toplama aracının, incelemeyi amaçladığımız kuram, kavram ya da değişkenle ilgili bileşenleri ne derecede kapsadığını ya da yansıttığını yargıladığımız önemli bir niteliktir (Erefe 2004, Seçer 2013). Geçerlilik bir ölçme aracının neyi, ne kadar isabetli ölçtüğünü gösterir (Esin 2014). Bir ölçeğin geçerliği sadece kendisiyle de belirlenemez. O ölçeğin, kullanış amacına, uygulandığı gruba ve puanlama biçimine de bağlıdır (Ercan ve Kan 2004, Erefe 2012).

Aile Merkezli Bakım Ölçeği ile ilgili geçerlik çalışmasında dil geçerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerlik analizleri kullanılmıştır.

4.1.1. AMBÖ'nin Türkçe Formunun Dil Geçerliğinin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada AMBÖ geçerlik çalışması için ilk olarak dil geçerliği yapılarak dil geçerlik ölçütü sağlanmıştır. Dil uyarlamasında en önemli nokta çevirmenlerin seçimi ve çeviri tekniğidir. Çevirmenlerin her iki dili iyi bilmenin yanı sıra ölçek yapılarında uzman olma, ölçeğin nasıl kullanılacağını bilme ve araştırmanın metodolojik bölümünü yorumlayabilecek özelliklere sahip olmalıdır (Aksayan ve Gözüm 2002, Erefe 2004, Deniz 2007). Ölçeğin Türk toplumuna uygulanabilmesi için İngilizce dilinde olan ölçek her iki dili (İngilizce-Türkçe) bilen iki akademisyen tarafından İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir. Bu çeviriler araştırmacı ve tez danışmanı tarafından düzenlendikten sonra, düzenlenen form her iki farklı dili bilen, dil uzmanı tarafından tekrar İngilizceye çevrilerek dil geçerliği sağlanmıştır.

4.1.2. AMBÖ'nin Kapsam Geçerliğinin Değerlendirilmesi

Kapsam geçerliği bir ölçme aracının ölçülmek istenen nitelikleri kapsayabilme derecesidir (Seçer 2013). Kapsam geçerliğini saptamak amacıyla dil geçerlilik ölçütü sağlanan ölçeğin uzmanların öneri ve eleştirileri doğrultusunda yeniden yapılandırılması önerilmektedir (Gözüm ve Aksayan 2003). Uzmanların

çoğunluğunun aynı fikirde olması kapsam geçerliği için bir gösterge olarak kabul edilmektedir (Erefe 2012).

AMBÖ'nin kapsam geçerliğini test etmek ve değerlendirmek için yedi uzmandan görüş alınmıştır. Ölçek uyarlama ve geliştirme çalışmalarında başvurulan uzman sayısının "en az üç" veya "yirmi" gibi kalabalık bir grupla değerlendirilebileceği belirtilmiştir (Tavşancıl 2002). Maddelerin dil kültür eşdeğerliğini ve içerik geçerliğini sayısal değerlerle kanıtlanması ve uzman görüşlerinin değerlendirilmesi için dereceleme ölçüt olarak sıklıkla kapsam geçerlik indeksi teknikleri kullanılmaktadır (Esin 2014).

Kapsam geçerlik indeksinin 0,80'den büyük olması (Esin 2014) ve Sınıf içi korelasyon katsayısınının 0,70 ve üzerinde olması (Alpar 2014) maddelerin kapsam geçerliği açısından yeterli olduğunu, sınıfiçi korelasyon katsayısının 0,85-0,94 arasında olması ise güvenirliğin yüksek düzeyde olduğunu gösterir (Alpar 2014). Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde önerilen yöntemlerden birisi olan KGİ'ne göre uzmanların maddeler için 3 ve 4 puan verenlerin toplam uzman sayısına bölünmesi ile elde edilen KGİ'nin % 80 ve üzerinde olması istenir (Esin 2014).

Sınıfiçi korelasyon katsayısı aynı değişkenin tekrarlı ölçümlerini analiz eder. Sınıfiçi korelasyon katsayısı denemeden denemeye ya da günden güne iki ya da daha fazla yapıldığı durumlarda uygulanabilir ve tekrarlı ölçümlerin hem sistematik hem de ortalamalara ilişkin değişikliklerine duyarlıdır (Alpar 2014).

Uzmanların ölçek maddelerinin anlatım şekli ve içeriği konusundaki önerileri değerlendirilmiş ve bazı maddelerin ifadelerinde küçük düzeltmeler yapıldıktan sonra uygulandı. Bu çalışmada AMBÖ'nün KGİ % 100, sınıf içi korelasyon katsayısı ise 0,89 olarak bulundu. KGİ ve sınıfiçi korelasyon katsayısı tekniği ile değerlendirilen uzman görüşleri arasında uyum olduğu saptandı. Bu sonuç doğrultusunda AMBÖ'nün Türk kültürüne uygun olduğu ve uzmanlar arasında görüş birliği olduğu, kapsam geçerliğinin sağlandığı görüldü.

4.1.3. AMBÖ'nin Yapı Geçerliğinin Değerlendirilmesi

Yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde birleşen geçerlik yöntemi kullanıldı. Birleşen geçerlik; benzer özellikleri ölçtüğü bilinen daha önce geçerlik ve güvenirliği sağlanmış ölçüm aracının araştırma grubu üzerinde uygulanması ve elde edilen değerlerin ölçüm aracı ile karşılaştırılmasıdır. Karşılaştırmada ölçüm sonuçları

arasında korelasyon katsayısı ve anlamlılık düzeylerine bakılır (Gözüm ve Aksayan 2003, Baydur ve Eser 2006). Ölçme aracındaki yapı araştırma sorusuna yanıt veriyor olması ölçeğin geçerliliğini ifade etmektedir (Baydur ve Eser 2006). Peterson (2000) birleşen geçerlikte korelasyon sayılarının 0,50 ve üzerinde olması gerektiğini belirtmiştir. İlişki katsayılarının geçerliği için en az 0,50- 0,69 olması istenir, ilişki katsayısının yüksek olması, geçerlilik düzeyinin çok iyi olduğunu gösterir (Akgül 2005).

Bu çalışmada Türkçe'ye uyarlanan AMBÖ'nün NHBMÖ ile uyumu Pearson korelasyon analizi ile test edildiğinde, her iki ölçeğin puanları arasında iyi düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişkinin olması (önemlilik r=0,60; tutarlılık r=0,64; p=0,000) iki ölçek puanları arasında uyumun olduğunu ölçeğin istenilen özelliği ölçmede geçerli olduğunu göstermektedir.

4.2. AMBÖ' nin Türkçe Formunun Güvenirliğinin Değerlendirilmesi

Güvenirlik ölçme amaçlı veri toplama araçları için her zaman gerekli olan bir niteliktir (Ercan ve Kan 2004, Erefe 2012, Karagöz 2014). Güvenirlik ölçme sonuçlarının kararlılık derecesidir. Ölçme aracında güvenirliği duyarlılık, kararlılık ve tutarlılık olarak üç özellikle değerlendirilir (Seçer 2013). Güvenirlik, bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde "doğru ölçüyor mu?" elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir. Kavramsal ve istatistiksel olarak güvenirlik, bir testteki gerçek farklılıkların, toplam farklılığa oranıdır başka bir değişle ne kadar doğru ölçüğüdür. Bir ölçeğin güvenirlik katsayısını bulunmasında çeşitli yöntemlerden yararlanılır. Bu yöntemler; hata kaynaklarından hangisinin dikkate alınıp alınmadığına, içinde bulunulan koşullara, ölçeğin tekrar uygulama olasılığının bulunup bulunmamasına, ölçeğin paralel formunun varlığına ya da yokluğuna, ölçeğin bir güç ya da hız testi oluşuna göre seçilip kullanılır (Gözüm ve Aksayan 2003). Güvenirlik türleri zamana göre değişmezlik, bağımsız gözlemciler arası uyum ve iç tutarlılıktır (Erefe 2012).

Araştırmamızda güvenirliği belirlemede iç tutarlık ve zamana göre değişmezlik yöntemi kullanılmıştır.

4.2.1. AMBÖ'nin Türkçe Formunun İç Tutarlılık Katsayısının Değerlendirilmesi

İç tutarlığın değerlendirilmesinde madde toplam puan analizi ve cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. Güvenirlik analizlerinde iç tutarlılığın dayandığı temel görüş,

her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek üzere, birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bir bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımıdır (Erefe 2012, Seçer 2013).

Güvenirlik analizi için sık kullanılan madde-toplam puan korelasyonu, test maddelerinden alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklar (Gözüm ve Aksayan 2003, Esin 2014). Her madde için elde edilen korelasyon katsayısının yüksek olması, o maddenin ölçülen kuramsal yapıyla bağlantısının da yüksek olduğunu, ilgili ölçek maddesinin ölçülmesi amaçlanan niteliği ölçmede etkin ve yeterli olduğunu gösterir. Madde uyumunda madde-toplam korelasyon katsayılarının yeterlilik düzeyi kaynaklara göre değişiklik göstermektedir. Madde toplam korelasyonu yorumlamada kabul edilebilir katsayının Karagöz'e göre ölçeğin korelasyon katsayılarının negatif olmaması ve 0,25'den büyük olması istenir (Karagöz 2014). Öner'e göre 0,30 ve üzeri olması istenir (Öner 1997, Tavşancıl 2002). Korelasyon katsayısı ne kadar yüksek ise maddelerin güvenirliği o kadar iyidir (Karagöz 2014). Madde-toplam puan analizi güvenirlik kadar geçerlik göstergesi olarak da kabul edilir. Ayrıca madde-toplam puan analizi ölçeğin yapı geçerliğini de yansıtır (Tavşancıl 2002, Gözüm ve Aksayan 2003, Karagöz 2014).

Bu araştırmada AMBÖ'nin madde-toplam puan korelasyon katsayılarına bakıldığında, korelasyon güvenirlik katsayısının önemlilik formu için r=0,48-0,66 arasında, tutarlılık formu ise r=0,55-0,76 arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). AMBÖ Türkçe formunun önemlilik ve tutarlılık bölümlerinin tüm maddeleri ölçeğin toplam puanı ile yeterli korelasyon gösterdiği ve madde güvenirliğinin yüksek olduğu görülmüştür.

İç tutarlılığı değerlendirmede Cronbach alfa katsayısı da yaygın olarak kullanılmaktadır (Tavşancıl 2002, Seçer 2013, Alpar 2014). Cronbach alfa katsayısı, ölçekte yer alan maddenin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır (Ercan ve Kan 2004, Erefe 2012, Seçer 2013). Cronbach alfa katsayısı, ölçek maddelerinin aynı özelliği ölçüp ölçmediğini, maddenin ölçülen konuyla ilgili olup olmadığını gösterir. Buna ilişkin olarak ölçme aracında güvenirlik katsayısının da 1'e yakın olması gerekir (Gözüm ve Aksayan 2003, Seçer 2013). Alfa katsayısı ile bir ölçekteki soruların, belirli gruplar halinde aynı türden bir yapıyı oluşturup oluşturmadıkları belirlenir. Cronbach alpha katsayısı 0,60-0,80 arasında ise ölçek oldukça güvenilirdir (Karagöz 2014).

AMBÖ Türkçe'ye uyarlanan formun iç tutarlılığını test eden Cronbach alfa güvenirlik katsayısı uygulamasında önemlilik bölümü ∝= 0,70 tutarlılık bölümü ∝= 0,79 olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre ölçeğin oldukça güvenilir olduğu belirlenmiştir. Orijinal ölçeğin cronbach alfa katsayısı önemlilik bölümü ∝=0,70 tutarlılık bölümü ∝=0,90 olduğu belirtilmiştir (Curley ve ark 2013). Bu sonuçlar doğrultusunda orijinal ölçekle Türkçe'ye uyarlaması yapılan AMBÖ güvenirlik sonuçlarının uyumlu olduğu görülmektedir.

4.2.2. AMBÖ Türkçe Formunun Zamana Göre Değişmezliğinin Değerlendirilmesi

Bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar vermesi, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür. Değişmezlik ölçüleri test tekrar test ve paralel form güvenirliği ile sağlanır (Esin 2014). Test tekrar test yönteminde ölçeğin bir gruba aralıksız ya da kısa dinlenmeden sonra "aralıksız yöntem", ya da uygun görülen bir süre sonra "aralıklı yöntem" şeklinde uygulanır (Erefe 2012, Seçer 2013). Ölçümler arasında farkın olmaması, ölçeğin belli aralıklarla yapılan ölçümlerde benzer sonucu ölçtüğünü, ölçümler arası tutarlığın olduğunu gösterir. Farkın olması ise ölçeğin tekrarlayan ölçümlerde aynı sonucu vermediğini, başka bir deyişle ölçeğin tutarlı ölçmediğini gösterir. Değerlendirmede ise iki uygulama puanları arasında Pearson Momentler Korelasyon testi yada puanlar arasındaki fark karşılaştırılarak hesaplanır. Ancak Pearson Momentler Çarpım korelasyon katsayısı örneklemin büyüklüğünden etkilenir ve küçük gruplarda hesaplandığında değişkenlik gösterir. Bu korelasyon katsayısını hesaplarken grubun en az 30 kişiden oluşması gerekir (Tavşancıl 2002).

Hesaplanan korelasyon katsayıları yada puanlar arasındaki fark -1,00 ile +1,00 arasında değerler alır. Korelasyon katsayısının yada karşılaştırmanın +1,00 olması iki ölçüm arasında pozitif ve mükemmel bir ilişki olduğunu, -1,00 olması ise negatif ve mükemmel ilişki olduğunu, 0,00 ise ilişki olmadığını gösterir. Ölçeğin zamana karşı değişmez olduğunu saptamak üzere hesaplanan korelasyon katsayısının pozitif ve yüksek olması istenir ve bu sınır ölçeklerde en az 0,70'dir (Tavşancıl 2002, Esin 2014).

Bu araştırmada üç saat ara ile yapılan iki ölçümün puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı. Önemlilik p=0,646 tutarlılık

p=0,728 (p>0,05) olarak bulundu. Bu sonuçlara göre ölçeğin zamana göre değişmediği belirlendi.

Uygulanan analizler sonucunda AMBÖ'nün Türkçe formunun geçerliği ve güvenirliği kanıtlanmıştır.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Aile Merkezli Bakım Ölçeği'nin geçerli ve güvenirlik olduğu sonucuna ulaşılmıştır:

- ✓ AMBÖ'nün geçerlik analizleri sonucu ölçeğin dil, kapsam ve yapı geçerliliğinin iyi düzeyde olduğu bulunmuştur. Kapsam geçerlik indeksi %100, sınıfiçi korelasyon katsayısı 0,89 olarak bulunmuştur. Yapı geçerliliği birleşen geçerlik yöntemi uygulanarak önemlilik bölümü r=0,60 tutarlılık bölümü r=0,64 p=0,000 olduğu belirlenmiştir.
- ✓ AMBÖ güvenirlik analizleri sonucu; iç tutarlılık için madde toplam puan, Cronbach alfa ve zamana göre değişmezlik sonuçları ile ölçeğin güvenilir düzeyde olduğu saptanmıştır. İç tutarlılık için madde toplam puan güvenirlik katsayısı önemlilik bölümü için r=0,48-0,66 tutarlılık bölümü için r=0,55-0,79 olarak bulunmuştur. Cronbach alfa güvenirlik katsayısı önemlilik bölümü 0,70 tutarlılık bölümü 0,79 olarak belirlenmiştir. Zamana göre değişmezlik için test tekrar test sonuçlarının benzer olduğu bulunmuştur. (p>0,05). Bu bulguların sonucunda Türkçe'ye uyarlanan AMBÖ'nün geçerli ve güvenilir olduğu kanıtlanmıştır.

5.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda

AMBÖ'nün pratik bir değerlendirme aracı olarak kolaylıkla ve kısa sürede uygulanabilmesi ve ayrıca tüm çocuk kliniklerinde kullanılabilir olması nedeniyle;

Çocuk kliniklerinde

- ✓ Aile Merkezli Bakım'ın değerlendirilmesinde bir ölçüm aracı olarak benimsenmesi,
- ✓ Hemşirelere AMBÖ ve kullanımı hakkında hizmet içi eğitim yapılması,
- ✓ AMBÖ ile daha büyük gruplarla yeni çalışmalar yapılması önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

Adamson G, Shevlin M, Lloyd NSV, Lewis CA, 2000. An integrated approach for assessing reliability and validity, an application of structural equation modeling to the measurements of religiosity. Personality and Individual Differences, 29, 971-79.

Ahmann E, Johnson BH, 2001. New guidance materials promote family-centered change in health care institutions. Pediatric Nursing, 27, 173-75.

Akgül A, 2005. Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri, 3. Baskı, Ankara, Emek ofset, 50-2.

Akın S, Erdoğan S, 2007. The Turkish version the newcastle satisfaction with nursing care scale used on medical and surgical patients. Journal of Clinical Nursing, 16, 643-46

Aksakoğlu G, 2013. Sağlıkta araştırma ve çözümleme, üçüncü basım, İzmir, D.E.Ü. Rektörlük Basımevi, s.102-200.

Aksayan S, Gözüm S, 2002. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I, psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi, 4(1), 9-14.

Alpar R, 2014. Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinde Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik, 3.Baskı, Ankara, Detay Yayıncılık, 480-83.

American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care, 2003. Family-centered care and the pediatrician's role. Pediatrics,112(3), 690-97.

Aslan N, Cansever B, 2007. Okuldaki sosyal etkinliklere katılımda ebeveyn çocuk etkileşimi. Ege Eğitim Dergisi, (8)1, 113-130.

Aykanat B, Gözen D, 2014. Çocuk sağlığı hemşireliğinde aile merkezli bakım yaklaşımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(1), 683-95.

Baydur H, Eser E, 2006. Uygulama, yaşam kalitesi ölçeklerinin psikometrik çözümlemesi. Sağlıkta Birikim, 1(2), 99-123.

Boztepe H, 2009. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci, 1(2), 88-93.

Boztepe H, 2012. Pediatri Hemşirelerinin ağrılı işlemler sırasında ebeveynlerin bulunması hakkındaki görüşleri, 24(4), 171-79.

Boztepe H, Çavuşoğlu H, 2009. Bir üniversite hastanesindeki uygulamaların aile merkezli bakım yönünden İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 24-11.

Brown K, Mace S, Dietrich A, Knazik S, Schamban N, 2008. Patient and family centred care for pediatric patients in the emergency department. CJEM, 10(1), 38-43.

Byers JF, Lowman LB, Francis J, 2006. A quasi experimental on individualized, developmentally supportive family-centered care. JOGN, 35, 105-15.

Conk Z, Başbakkal Z, Yardımcı F, 2013. Çocuk sağlığına genel bakış, In: Pediatri Hemşireliği, Eds: Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz HB, Bolışık B, 1. Baskı, Ankara, Akademisyen Yayınevi, s. 1-48.

Cooper L, Gooding J, Gallagher J, Sternesky L, Ledsky R, Berns S, 2007. Impact of a family-centered care initiative on nicu care, staff and families. Journal of Perinatology 27(1),32-7.

Cortina JM, 1993. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. Journal of Applied Psychology, 78, 98-104.

Curley M, 1997. Mutuality-an expression of nursing presence. Journal of pediatric nursing, vol 12, no 4, 208-13.

Curley M, Hunsberger M, Harris S, 2013. Psychometric evaluation of the family-centred care scale for pediatric acute care nursing. Nursing Research May/June, Vol 62 No:3, 160-68.

Çakmur H, 2012. Araştırmalarda ölçme-güvenilirlik-geçerlilik. TAF Preventive Medicine Bulletin, 11(3), 339-44.

Çavuşoğlu H, 2008. Çocuk sağlığı hemşireliği. Cilt 1. Genişletilmiş Dokuzuncu Baskı, Ankara, Sistem Ofset Basımevi, s.51-67.

Deniz Z, 2007. Psikolojik ölçme aracı uyarlama. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 40(1), 1-16.

Doğan B, 2010. Hastaneye yatan çocuğun bakımına ebeveynlerin katılımı konusunda hemşirelerin doktorların ve ebeveynlerin görüşleri ve beklentileri. Yüksek lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Ebrinç S, 2000. Psikiyatrik derecelendirme ölçekleri ve klinik çalışmalarda kullanımı. Klinik psikofarmokoloji bülteni, 10, 109-116.

Emil S, 2012. Patient and Family-Centred Pediatric Surgical Care. Pediatric Surgery, 7th ed. Elsevier Saunders Inc, p.247-58.

Er M, 2006. Çocuk hastalık anne-babalar ve kardeşler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 49,155-68.

Ercan İ, Kan İ, 2004. Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30(3), 211-16.

Erdeve Ö, 2009. Aile merkezli bakım ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi tasarımında ailenin yeri. Gülhane Tıp Dergisi, 51, 199-203

Erdeve Ö, Arsan S, Armangil D, Atasay B, Korkmaz A, 2008. The impact of individual room on rehospitalization and health service utilization in preterms after discharge. Acta Pediatrica, 97, 1351-57.

Erefe İ, 2004. Veri toplama araçlarının niteliği, In: Hemşirelikte araştırma, ilke, süreç ve yöntemleri, Eds: Erefe İ, 3. Baskı, Ankara, Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği-HEMAR-GE, Yayın No:1, s.169-87.

Erefe İ, 2012. Veri toplama araçlarının niteliği, In: Hemşirelikte Araştırma, İlke, Süreç ve Yöntemleri, Eds: Erefe İ, 4. Baskı, Ankara, Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği-HEMAR-GE, Yayın No:1, s.169-87

Ergin D, 2006. Çocuklarda astım yönetiminde hemşirelik bakımı sağlıkta birikim, cilt:1, Sayı:1, 164-71.

Esin MN, 2014. Veri toplama yöntem ve araçları, Veri toplama araçlarının güvenirlik ve geçerliği, In: Hemşirelikte Araştırma, süreç, uygulama ve kritik. Eds: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, s.223-33.

Espezel H, Canam C, 2003. Parent-nurse interactions: care of hospitalized children. Journal of Advanced Nursing, 44(1), 34-41.

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

Green SB, Yang Y, 2009. Relıabılıty of summed item scores using structural equation modeling, an alternative to coefficient alpha. The Psychometric Society, 74(1), 155-67.

Harrington D, 2009. Confirmatory factor analysis. Oxford Unversity, Newyork, p. 23-7.

Harrison T, 2009. Family-centered pediatric nursing care, state of the science. Journal of Pediatric Nursing, 25(5), 335-43.

Jolley J, Shields L, 2009. The evolution of family-centered care. Journal of Pediatric Nursing 24(2), 164-70.

Kamerling SN, Lawler LC, Lynch M, Schwartz AJ, 2008. Family centered care ın the pediatric post anesthesia care unit, changing practice to promote parental visitation. Journal of Peri Anesthesia Nursing 23(1), 5-16.

Karabudak S, Ak B, Başbakkal Z, 2010. Girişimler sırasında aile üyeleri nerede olmalı. Türk Pediatri Arşivi Dergisi, 45(1), 53-60.

Karagöz Y, 2014. SPSS uygulamalı biyoistatistik, 1.Baskı, Ankara, Nobel Yayıncılık, s.157-65.

Kuzlu T A, Kalıncı N, Topan A K, 2011. Üniversite hastanesinde çocuklara verilen bakımın aile merkezli bakım yönünden incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 6(16), 1-7.

Mantha S, Davies B, Moyer A, Crowe K, 2008. Providing responsive nursing care to new mothers with highand low confidence. Am J Matern Child Nurs, 33(5), 307-14.

Newton MS, 2000. Family centred care, current realities in parent participation. Pediatric Nursing, 26(2), 164-68.

Öner N, 1997. Türkiye'de kullanılan psikolojik testler. 3. Basım, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi yayınları, s.23-6.

Öztürk C, Ayar D, 2014. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. DEUHYO ED,7 (4), 315-20.

Paliadelis P, Cruickshank M, Wainohu D, Winskill R, Stevens H, 2005. Implementing Family-Centered Care, an exploration of the beliefs and practices of pediatric nurses. Australian Journal of Advanced Nursing, 23(1), 31-6.

Petersen MF, Cohen J, Parsons V, 2004. Family Centered Care, do we practice what we preach. JOGNN, 33(4), 421-7.

Peterson RA, 2000. A Meta-Analysis of variance accounted for and factor loadings in exploratory factor analysis. Marketing Letters, 11(3), 261-75.

Saane N, Sluiter JK, Verbeek JH, Fring-Dresen MH, 2003. Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction a systematic review. Occupational Medicine 53,191–200.

Seçer İ, 2013. SPSS ve Liserel ile pratik veri analizi, analiz ve raporlaştırma. 1.Baskı, Ankara, Anı yayıncılık, s.171-81.

Shields L, Nixon J, 2004. Hospital care of children ın four countries. Blackwell Publishing Ltd, Journal of Advanced Nursing, 45(5), 475–86.

Shields L, Pratt J, Hunter J, 2006. Family-centered care, a review of qualitative studies. Journal of Clinical Nursing, 15(1),1317-23.

Shields L, Tanner A, 2004. Pilot Study of a Tool to Investigate Perceptions of family-centered care in different care settings. Pediatric Nursing, vol 30(3), 189-97.

Sönmez V, Alacapınar F, 2014. Örneklendirilmiş bilimsel araştırma yöntemleri. 3. Baskı, Ankara, Anı yayıncılık, s.114-156.

Şencan H, 2005. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. 1.Baskı, Ankara, Seçkin yayınevi, s.105-71, 250-80, 723-41.

Tavşancıl E, 2002.Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Ankara, Nobel yayın dağıtım, s.3-58.

Thomas LH, McColl E, Priest J, Bond S, Boys JR, 1996. Newcastle satisfaction with nursing scales: an Instrument for quality. Assessments of nursing care, quality in health care 5, 67–72.

Törüner E, Büyükgönenç L, 2012. Çocuk sağlığı temel hemşirelik yaklaşımları.1. Baskı, Ankara, Göktuğ yayıncılık, s.22-30.

Yurdugül H, 2006. Paralel eşdeğer ve konjenerik ölçmelerde güvenirlik katsayılarının karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 39(1), 15-37.

Yurdugül H. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. XIV.Ulusal eğitim bilimleri kongresi Pamukkale Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, 1-6, 2005, Denizli.

7. EKLER

EK A: Aile Merkezli Bakım Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması Anket Formu

Değerli ebeveynler

Bu araştırma; Aile Merkezli Bakım Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenirliğini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Cevaplayacağınız bu anket formu ile elde edilecek olan veriler bilimsel bir araştırmada kullanılacak olup diğer kişi veya kurumlarla paylaşılmayacaktır. Göstermiş olduğunuz ilgiye teşekkür ederiz.

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Fatma Taş ARSLAN Öğr. Gör. Deniz Altıparmak

S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

A. Sosyo-demografik Özellikler

Anne özellikleri

1. Yaşınız:…….
2. Çocuk sayınız: ……
3. Eğitim durumunuz:
   1. ilkokul ( ) 2.Ortaokul ( ) 3. Lise ( ) 4.Üniversite ( )
4. Çalışma durumu 1. Evet ( ) 2.Hayır ( )
5. Sağlık güvencesi 1.Var ( ) 2.Yok ( )

Çocuk Özellikleri

1. Yaş:……..
2. Cinsiyet: 1. Kız ( ) 2. Erkek ( )
3. Kaçıncı çocuk…….
4. Tıbbi tanısı……..
5. Kronik bir hastalığı var mı? 1.Evet ( ) 2.Hayır ( )
6. Daha önce çocuğunuz/ çocuklarınız için hastanede yattınız mı
   1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

EK B: Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği

NEWCASTLE HEMŞİRELİK BAKIM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ

Bu araştırma, sizin hastanede kaldığınız sürede aldığınız hemşirelik bakımına ait düşüncelerinizi belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen her bir soru için, düşüncenizi en iyi ifade eden sayıyı yuvarlak içine alınız. Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacaktır. Formlar üzerinize isminizi veya herhangi bir kimlik bilgisi belirtmeyiniz. Gösterdiğiniz ilgi için teşekkür ederiz.

		Hiç Memnun Değilim	*Biraz Memnunum*	*Oldukça Memnunum*	*Çok Memnunum*	*Fazlasıyla Memnunum*
1	Hemşirelerin size ayırdığı süreden	1	2	3	4	5
2	Hemşirelerin işlerinde gösterdikleri yeterlilikten	1	2	3	4	5
3	Birine ihtiyaç duyduğunuz zaman etrafınızda daima bir hemşirenin bulunmasından	1	2	3	4	5
4	Hemşirelerin bakımınız konusundaki bilgi düzeylerinden	1	2	3	4	5
5	Hemşireleri çağırdığınız zaman yanınıza olabildiğince çabuk gelmelerinden	1	2	3	4	5
6	Hemşirelerin sizi evinizdeymiş gibi rahat ettirmelerinden	1	2	3	4	5
7	Hemşirelerin durumunuz ve tedaviniz hakkında sizi bilgilendirmelerinden	1	2	3	4	5
8	Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı kontrol etme sıklığından	1	2	3	4	5
9	Hemşirelerin yardımseverliğinden	1	2	3	4	5
10	Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	1	2	3	4	5
11	Hemşirelerin yakınlarınızın ve arkadaşlarınızın sizinle ilgili endişelerini gidermesinden	1	2	3	4	5
12	Hemşirelerin işlerini yaparken gösterdikleri tavırdan	1	2	3	4	5
13	Durumunuz ve tedaviniz hakkında size verdikleri bilginin içeriğinden	1	2	3	4	5
14	Hemşirelerin size karşı bir birey olarak davranış tarzlarından	1	2	3	4	5
15	Hemşirelerin sizin üzüntülerinizi ve endişelerinizi dinlemesinden	1	2	3	4	5
16	Serviste size sağlanan özgürlükten	1	2	3	4	5
17	Hemşirelerin isteklerinizi karşılamada istekli olmalarından	1	2	3	4	5
18	Hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden	1	2	3	4	5
19	Hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından	1	2	3	4	5

EK C: Aile Merkezli Bakım Ölçeği

Bu araştırma sizin hastanede kaldığınız sürede aldığınız hemşirelik bakımlarını değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen her soru için size doğru gelen seçeneği 1-5 arasında puanlayın. (1) bakımdan memnun değilsiniz , (5) çok memnunsunuzu ifade etmektedir.

	Hemşireler hakkındaki ifadeler	**Bölüm A Hemşirelerin bunu yapması sizin için ne kadar önemli? Hiç önemli değil/ Çok Önemli**	**Bölüm B Hemşireler sizce bunu ne kadar tutarlı yapıyorlar? Hiç tutarlı değil / Çok tutarlı**
1	Hemşireler bana iyi karşılandığımı hissettirirler	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2	Hemşireler çocuğumun bakımında önemli bir yerim olduğunu hissettirirler	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3	Hemşireler çocuğumun hemşirelik bakımını planlarken beni ekibin değerli bir üyesi sayarlar	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4	Hemşireler yaptıkları hemşirelik bakımı hakkında açıklama yaparlar	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5	Hemşireler çocuğumun durumunda olabilecek değişiklikler hakkında açıklama yaparlar	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6	Hemşireler iyi bakım verildiğini çocuğuma hissettirirler	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7	Hemşireler çocuğuma verdikleri bakımın iyi olduğunu bana hissettirirler	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

EK D: Family Centred Care Scale

FCCS Scale

Statements about nurses	Section A: How important is it for nurses to do this? Not at all important				Very important	Section B: How consistently do nurses do this? Not at all consistent				Very consistent
1. Nurses help me feel welcomed.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Nurses help me feel important in my child's care.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Nurses treat me as a valued team member when planning my child's nursing care.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Nurses give explanations about the nursing care they provide.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Nurses explain about changes I could expect in my child's condition.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Nurses help my child to feel well-cared-for.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7. Nurses help me to feel well-cared-for.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

FCCS scoring links the importance and consistency ratings in a single score based on the degree of "match" between parents' importance and consistency ratings of each aspect of nursing care.

- A "match" between parent expectations and nursing care occurs if the consistency rating for an item is the same as the importance rating for that item (e.g., scored 1 on importance & 1 on consistency etc.) or is +1 the importance score (e.g., scored 1 on importance & 2 on consistency etc.).
- There was no match if any other combination of scores are present; for example, when the consistency rating is more than +1 the importance rating (e.g., 1

EK E: Dil Geçerliği ile İlgili Görüş Bildiren Uzmanlar ve Çalıştıkları Kurumlar

Yrd. Doc. Dr İndrani Kalkan (Mevlana Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik bölümü)

Yrd. Doç. Dr Ayşe Sonay Kurt (Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü)

İngilizce Öğr. Türkan Silahdar (Zeki Altındağ Anadolu Lisesi) (Geri çeviren)

EK F: Aile Merkezli Bakım Ölçeği Kapsam Geçerliğini Değerlendirme Formu

AİLE MERKEZLİ BAKIM ÖLÇEĞİ

	Hemşireler hakkındaki ifadeler	**Bölüm A** **Hemşirelerin bunu yapması sizin için ne kadar önemli?** **Hiç önemli değil Çok önemli**	**Bölüm B** **Hemşireler sizce bunu ne kadar tutarlı yapıyorlar?** **Hiç tutarlı değil Çok tutarlı**	**Uygun Değil**	**Biraz Uygun Düzeltme gerekli**	**Oldukça Uygun**	**Çok Uygun**
1	Hemşireler bana iyi karşılandığımı hissettirirler	**1 2 3 4 5**	**1 2 3 4 5**				
	Varsa Öneriniz						
2	Hemşireler çocuğumun bakımında önemli bir yerim olduğunu hissetmemi sağlarlar.	**1 2 3 4 5**	**1 2 3 4 5**				
	Varsa Öneriniz						
3	Hemşireler çocuğumun hemşirelik bakımını planlarken beni grubun değerli bir üyesi sayarlar.	**1 2 3 4 5**	**1 2 3 4 5**				

	Varsa Öneriniz :						
4	Hemşireler yaptıkları hemşirelik bakımı hakkında açıklama yaparlar	**1 2 3 4 5**	**1 2 3 4 5**				
	Varsa Öneriniz						
5	Hemşireler çocuğumun durumunda olabilecek değişiklikler hakkında açıklama yaparlar.	**1 2 3 4 5**	**1 2 3 4 5**				
	Varsa Öneriniz						
6	Hemşireler çocuğumun iyi bakım aldığını ona hissettirirler.	**1 2 3 4 5**	**1 2 3 4 5**				
	Varsa Öneriniz						
7	Hemşireler verdikleri bakımın iyi olduğunu bana hissettirirler.	**1 2 3 4 5**	**1 2 3 4 5**				
	Varsa Öneriniz						

EK G: Kapsam Geçerliği ile İlgili Görüş Bildiren Uzmanlar ve Çalıştıkları Kurumlar

1. Doç. Dr. Ayşegül İşler (Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

2. Doç. Dr. Murat Bektaş (Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

3.Yrd. Doç. Dr Saniye Çimen (Mevlana Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü)

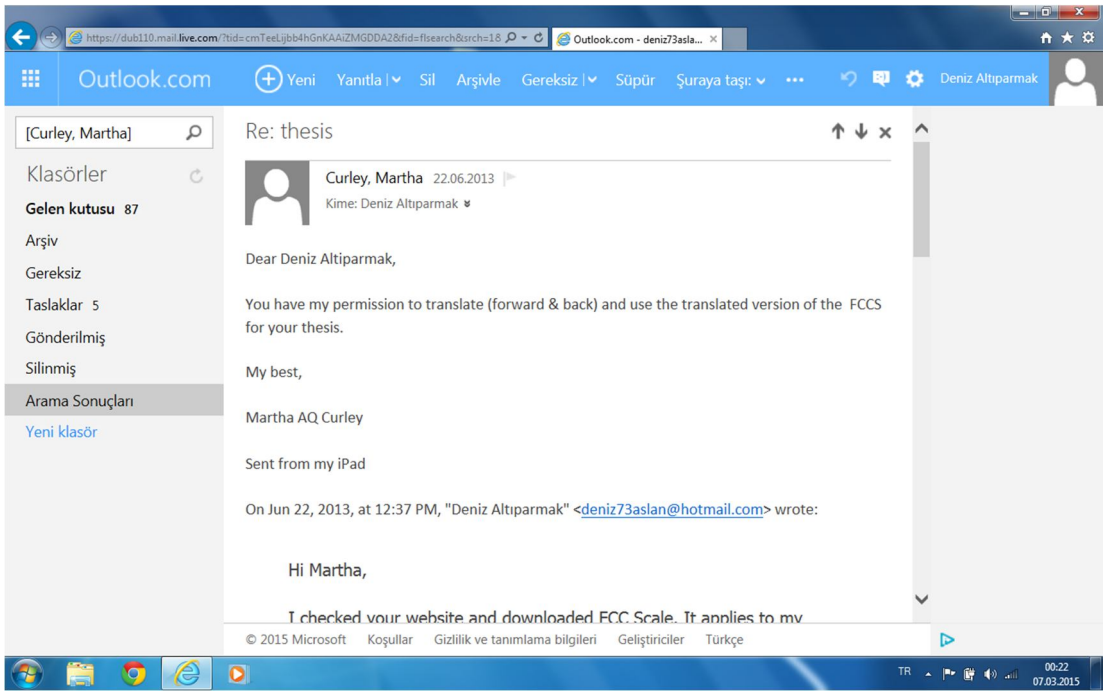
4.Yrd. Doç. Dr Ayşe Sonay Kurt (Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü)

5.Yrd. Doç. Dr. Bedriye Ak (Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümü)

6.Şaduman Dinçer (Necmettin Erbakan Üniversitesi Çocuk Cerrahi Yoğun Bakım Hemşiresi)

7. Fazilet Can (Selçuk Üniversitesi Selçuk Tıp Çocuk Servisi Sorumlu Hemşiresi)

EK I: Aile Merkezli Bakım Ölçeği Yazar İzni



EK J: Gönüllü Bilgilendirme Formu

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

Bu çalışma Aile Merkezli Bakım Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenirliğini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmaya katılımınız ve soruları doğru bir şekilde cevaplamanız bizim için çok önemlidir. Çalışmaya katılım durumunuz araştırmacı tarafından, araştırmanın amacı ve konu ile ilgili gerekli bilgi verildikten sonra gönüllülüğünüze bağlıdır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde sizden yazılı olarak katılım izni alınacaktır. Daha sonra, size doldurmanız için iki adet form verilecektir. Verilen formlardan elde edilen bilgiler sizin güvenliğiniz için herhangi bir risk taşımamakta olup gerekli bilgiler araştırmacı tarafından saklı tutulacaktır. Bu çalışmaya, katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olsanız bile çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Teşekkür ederiz.

Sorumlu araştırmacılar:

Doç. Dr. Fatma Taş ARSLAN

S.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tel: 0 332 223 35 01

Öğr. Gör. Deniz ALTIPARMAK

S.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek lisans Öğrencisi

Tel: 0332 223 35 08

Katılımcının Adı-Soyadı:

İmzası:

8.ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1973 yılında Kıbrıs'da doğdu. İlköğretimini Serdarlı ilkokulun'da, ortaokulu Şehit Hüseyin Ruso ortaokulun'da Liseyi Haydarpaşa Ticaret lisesin'de okuyarak Kıbrıs'da Tamamladı. Lisansı Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulunda Tamamladı. Evli iki çocuk sahibi, 1999 yılında Lefkoşa Devlet Hastanesinde Hemşire Olarak göreve başladı. 2002 yılında Lefkoşa Devlet Hastanesinden görevinden ayrıldı. 2002'de Karaman Sağlık Yüksekokulu'nda Öğretim görevlisi olarak göreve başladı. 2004 yılında Konya Sağlık Yüksekokuluna Öğretim görevlisi olarak geçiş yaptı. Halen Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda öğretim görevlisi olarak çalışmaktadır.