

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**EBEVEYN KATILIMI TUTUM ÖLÇEĞİ'NİN
TÜRKİYE'DEKİ GEÇERLİK GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI**

SAİME (ÖZBODUR) YILDIRIM

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
YÜKSEKLİSANS TEZİ**

İZMİR- 2008

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**EBEVEYN KATILIMI TUTUM ÖLÇEĞİ'NİN
TÜRKİYE'DEKİ GEÇERLİK GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI**

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
YÜKSEKLİSANS TEZİ**

SAİME (ÖZBODUR)YILDIRIM

Danışman Öğretim Üyesi: Yard. Doç. Dr. Ayfer ELÇİGİL

İZMİR- 2008

İÇİNDEKİLER

TABLO DİZİNİ	iv
ŞEKİL DİZİNİ	iv
ÖZET	1
ABSTRACT	2

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	6

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Merkezli Bakım ve Hemşirelik	
2.1.1.Aile Merkezli Bakımın Tanımı.....	7
2.1.2.Aile Merkezli Bakımın Tarihçesi.....	8
2.1.3. Aile Merkezli Bakım ve Hemşirelik.....	9
2.1.4. Aile Merkezli Bakımın Yararları.....	13
2.1.4.1.Ebeveynler Açısından Yararları.....	14
2.1.4.2.Çocuk Açısından Yararları.....	14
2.1.4.3. Hemşireler Açısından Yararları.....	15

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi.....	17
3.2. Araştırmanın Yeri.....	17
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	17
3.4. Veri Toplama Araçları.....	18
3.4.1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri Formu.....	18
3.4.2. Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği.....	18
3.5. Veri Toplanması	19

3.6. Verilerin Analizi.....	19
3.7. Araştırmanın Planı.....	20
3.8. Araştırma Etiği.....	21

BÖLÜM IV BULGULAR

4.1. Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi	
4.1.1. Geçerlik Analizleri.....	22
4.1.1.1. Dil Geçerliği.....	22
4.1.1.2. İçerik Geçerliği.....	22
4.1.2. Güvenirlik Analizleri.....	23
4.1.2.1. İç Tutarlılık.....	23
4.1.2.2. Zamana Karşı Değişmezlik(Test-Tekrar Test Güvenirliği).....	27

BÖLÜM V TARTIŞMA

5.1. Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin Geçerliğinin Değerlendirilmesi.....	28
5.1.1. Dil Geçerliliğinin İncelenmesi.....	28
5.1.2. İçerik Geçerliğinin İncelenmesi.....	28
5.2. Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin Güvenirliğinin Değerlendirilmesi.....	29
5.2.1. İç Tutarlılığının İncelenmesi.....	29
5.2.2. Madde analizlerinin İncelenmesi.....	29
5.2.3. Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeğinin Test-Tekrar Test Güvenirliğinin İncelenmesi.....	31

BÖLÜM VI SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar.....	32
6.2. Öneriler.....	33
KAYNAKLAR.....	34

EKLER.....40

Ek-1: Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği(Parent Participation Attitude Scale-PPAS)'nin İzin Belgesi

Ek-2: D.E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul Kararı

Ek-3: İzmir İl Sağlık Müdürlüğünden Alınan İzin Belgesi

Ek-4: Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin İzin Belgesi

Ek-5: Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Belgesi

Ek-6: Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi İzin Belgesi

Ek-7: Ege Üniversitesi Hastanesi İzin Belgesi

Ek-8: Hemşirelerin Demografik Özellikleri Formu

Ek-9: Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği-Türkçe Formu

Ek-10: Parent Participation Attitude Scale

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin Değerlendirilmesi.....	18
Tablo 2. Kendall Testi Sonucuna Göre Uzman Görüşlerinin Değerlendirmesi.....	22
Tablo 3. Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeğinin Alfa Değerleri.....	23
Tablo 4. Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeğinin Madde Toplam Puan Korelasyon Sonuçları....	25
Tablo 5. Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeğinin Alfa Değerleri.....	26
Tablo 6. Hemşirelerin Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Test-Tekrar Test Puan Ortalamaları ve Karşılaştırılması.....	27

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Araştırma Planı.....	20
-------------------------------	----

TEŞEKKÜR

Araştırmanın planlanması, yürütülmesi ve yazım aşamalarında değerli katkıları ve ilgisi için danışmanım Sayın Yard. Doç. Dr. Ayfer ELÇİGİL'e, hemşirelik eğitimim süresince değerli bilgi ve deneyimleri ile katkı sağlayan Sayın Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN, Sayın Prof. Dr. Zuhâl BAHAR ve Sayın Yard. Doç. Dr. Candan ÖZTÜRK'e, araştırmaya olan katkılarından dolayı Sayın Yard. Doç. Dr. Saniye ÇİMEN'e, ölçekle ilgili çalışmamıza izin verdiği için Kristine M. GILL'e, araştırmaya katılan tüm hastane yöneticilerine, eğitim süresince katkı ve desteklerini esirgemeyen Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhemşireliğine ve Cerrahi Yoğun Bakımdaki hemşire arkadaşlarıma, tüm eğitimim süresince desteklerini esirgemeyen aileme ve gösterdiği fedakarlık ve desteğiyle her zaman yanımda olan eşim Yıldray YILDIRIM'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Saime (Özbodur)YILDIRIM

EBEVEYN KATILIMI TUTUM ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKİYE'DE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Saime (Özbodur) YILDIRIM

ÖZET

Amaç: ‘Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği’ni (Parent Participation Attitude Scale-PPAS) Türkçe’ ye uyarlamaktır.

Yöntem: Metodolojik bir çalışmadır. Araştırmada ölçek sahibinden ve kurumdan yazılı izin ve etik kurul onayı alınmıştır. Araştırma örneklemini, iki devlet hastanesi ve iki üniversite hastanesinde çalışan toplam 277 hemşire oluşturmuştur. Seidl ve Pillitteri(1967) tarafından geliştirilen, 1990 yılında Gill tarafından revize edilen Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği Türkçe’ ye uyarlanmıştır. Ölçek 24 maddeden oluşmakta, Likert tipi 1-5 arasında değerlendirilmektedir. Ölçekte 13 soru ters yönlüdür. Ölçeğin orjinalinde iç tutarlık güvenirlik katsayısı 0.74’tür.

Bulgular: Ölçeğin dil geçerliğinde, dört uzman tarafından İngilizce’ye çevirisi ve dört uzman tarafından da Türkçe’ye geri çevirisi yapılmıştır. İçerik geçerliği için 10 uzmandan görüş alınmış, yapılan analizde uzman puanlarının uyumlu olduğu görülmüştür (KW=0.116, p=0.26). İç tutarlık güvenirlik katsayısı, toplam ölçek için 0.67’dir. Madde analizi sonucu madde-toplam puan korelasyon katsayıları -0.10- 0.53 arasında ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.000). Ölçeğin tüm maddelerinin katıldığı test tekrar test güvenirlik katsayısı r=0,98 bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler: Ölçek Türkiye’ de kullanmak için güvenilir bulunmuştur. Bu ölçeğin (PPAS) farklı sağlık profesyonellerine uygulanması ve bu gruplardaki geçerlik ve güvenirliğin incelenmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Aile merkezli bakım, ebeveyn katılımı, hemşirelik, ölçek, geçerlik ve güvenirlik.

**A VALIDITY AND RELIABILITY STUDY
OF PARENT PARTICIPATION ATTITUDE SCALE
IN TURKEY**

Saime (Özboğur) YILDIRIM

ABSTRACT

Objective: Adapt the “Parent Participation Attitude Scale-PPAS” into Turkish language.

Method: This is a methodological study. Written consent was obtained from the owner of the scale and the institution with also approval of the concerned ethics committee. The study sample was composed of 277 nurses who working public hospital and university hospital. Parent Participation Attitude Scale developed by Seidl ve Pillitteri(1967) and revised by Gill in 1990 was translated into Turkish. The scale is consisted of 24 items which are assessed by a Likert type 1-5 rating scale. The thirteen items are negative items in scale. The internal consistency coefficient of the original scale is 0.74.

Results: The scale was translated into English by four specialists and re-translated into Turkish by four specialists for the language validity. For the content validity, opinions of 10 experts were obtained and following an analysis, the scores of the experts were found to be consistent with each other (KW=0.116, p=0.26). The internal consistency reliability coefficient was 0.67 for the total scale. As a result of the item analysis, the item-total score correlation coefficients were found to be statistically significant ranging between -0.10-0.53 (p<0,01). Test re test reliability coefficient for overall the scale was found r=0,98.

Conclusion and suggestions: The scale was found reliability to use in Turkiye. This scale (PPAS) should be applied and evaluated which is reliability and validity to different health professionals.

Keywords: Family centered care, parent participation, nursing, scale, validity and reliability.

EBEVEYN KATILIMI TUTUM ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKİYE'DEKİ GEÇERLİLİK GÜVENİRLİLİK ÇALIŞMASI

BÖLÜM I

Giriş

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Hastanede yatma, hem çocuk hem de aile için stres yaratan bir durumdur (1). Çocuğun hastaneye yatması sonucunda tüm ailenin günlük rutinleri, aile içindeki rolleri ve görevlerinde değişiklikler meydana gelmektedir. Aile içinde yaşanan değişikliklerin yanı sıra hastane ortamının yabancı olması, tanımadıkları araçlarla karşılaşmaları, ebeveynlerin çocuğunun bakımındaki rollerinin değişmesi, çocuklarına yapılan ağırlı işlemler, çocuklarını nasıl destekleyecekleri ve bakım vereceklerini bilmemeleri ebeveynlerin anksiyete yaşamalarına neden olmaktadır (1, 2, 3).

Hastaneye yatma ebeveynleri olduğu kadar çocukları da birçok yönüyle etkilemektedir. Güven verici ortamdan uzaklaşmaları, belirsiz ve tehlikelerle dolu yabancı bir ortama girmeleri, fiziksel yönden zarar görme, ağırlı girişimler, ameliyat, ölüm, ağrı ve kontrol kaybı gibi durumlar çocukların kaygı yaşamalarına neden olmaktadır. Ancak hastanede yatmanın çocuklar için stres yaratan bir durum olmasının en önemli nedeni ebeveynlerinden ayrılmalarıdır (4, 5, 6).

Çocuk ve ebeveynlerin anksiyetesini azaltarak çocuğun iyileşme sürecini hızlandırmanın en iyi yolu ise aile merkezli bakımın uygulanmasıdır (7). Özellikle çocukların sağlığını koruma ve sürdürmede ailenin öneminin artması sonucu aile merkezli bakım 20. yüzyılın ikinci yarısından sonra sağlık bakımında önemli bir kavram olarak ortaya çıkmıştır. Ancak 1960'lı yıllarda sağlık personeline, çocukların bakımını kendilerinin daha iyi sağlayacakları inancı olduğu için ailenin bakıma katılmasına çok olumlu bakılmamıştır (4, 8). Hastaneye yatan çocuklara verilen bakım sürecinde ailelerin ve çocukların duygusal gereksinimleri 1970'li yılların sonlarına doğru dikkate alınmaya başlanmıştır (9). Aile merkezli bakımın kabul edilmesinde diğer önemli bir gelişme ise 1959 yılında İngiltere Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Platt Raporu'dur. Bu raporda çocukların hastaneye kabullerinde aileleri ile birlikte olması, aile üyelerine 24 saat ziyaret etme hakkının verilmesi ve hastanelerde değişik yaş gruplarına yönelik düzenlemeler yapılması gerektiği

belirtilmiştir(5, 8). Bu uygulamaların gelişmesi sonucu aile merkezli bakım büyük önem kazanmış ve 21. yüzyılda pediatri hemşireliğinin temel felsefesi haline gelmiştir (4, 10, 11).

Aile merkezli bakımla ilgili farklı tanımlar yapılmıştır. Odle (1988) aile merkezli bakımı ebeveyn ve profesyonel işbirliği olarak tanımlamıştır. Gill (1993) ise ebeveynlerin bakım rolünü destekleyen bir felsefe olarak tanımlamıştır. Evans (1994) tarafından, pediatri hemşireliğinde aileyi bir bütün olarak ele alan temel bir ilke olarak belirtilmiştir. Aile merkezli bakım, çocuğa verilen hizmetleri belirlemek için aile ve sağlık profesyonellerinin beraber çalıştıkları bir sağlık bakım modelidir(15, 16).

Aile merkezli bakım; ailenin kültürel farklılığını kabul eden; sadece çocuğun değil, tüm aile üyelerinin gereksinimlerini dikkate alan bir yaklaşımdır. Ebeveyn ve sağlık elemanları arasında işbirliğini sağlayan, çocuk ve ailesini fiziksel, duygusal, sosyal, kültürel ve dini yönden bir bütün olarak ele alan bir bakım modelidir (10, 17, 18). Saygı, işbirliği ve destek aile merkezli bakım felsefesinin temelini oluşturur (19, 20, 21,22).

Aileyi bakımın her aşamasına katmayı temel alan aile merkezli bakım, tüm yaş gruplarında ve tüm kliniklerde uygulanabilir. Ancak, bu bakım modeli çocukların öz bakımlarının gerçekleştirilmesi ve gereksinimlerinin karşılanmasında aile üyelerine bağımlı oldukları için çocuk servislerinde oldukça önemlidir.

Aile merkezli bakım uygulamaları, çocuk, aile ve sağlık ekibi üyeleri yönünden olumlu sonuçlar sağlamaktadır. Hastanede yatma süresince annenin varlığı ve bakıma katılması, çocuğun fizyolojik, psikolojik ve sosyal sağlığını olumlu yönde etkilemektedir (5, 23, 24, 25).

Aile merkezli bakım anlayışı aile açısından da olumlu sonuçlar sağlamaktadır. Aile merkezli bakım, ebeveynlerin belirlenen gereksinimlerini ve beklentilerini en iyi şekilde karşılayan bakım modelidir (1). Bakım süresinde aileye yetki ve sorumluluk verilmesi aile merkezli bakım felsefesinin temelini oluşturmaktadır (5). Ebeveynlerin beklentilerinin karşılanması, onların yeni rollerini kabullenerek uyum sağlayabilmeleri ve var olan anksiyeteleri ile baş edebilmeleri açısından oldukça önemlidir (1, 26). Ebeveynlerin bakıma katılması; sağlık personeli ile daha olumlu ilişki kurmasına, anksiyete düzeyinin azalmasına, hastane program ve politikalarının gelişimini destekleme, memnuniyetinin artmasına, problem çözme becerisinin artmasına ve çocuğun bakımında yeterlilik ve güven duygusu yaşamalarını sağlamaktadır. Ebeveynlerin bu süreçte yer almasında hastane politikaları kadar sağlık personelinin bu konudaki tutum ve düşünceleri de önemlidir (1, 23, 27, 28).

Aile merkezli bakım hem sağlık ekibi üyelerinin çalışmalarını etkilemekte hem de sağlık ekibinin tutum ve davranışlarından etkilenmektedir. Aile merkezli bakım, sağlık personelinin ailenin bakım vermedeki güçlüklerini ve kapasitelerini daha iyi anlamasını, işbirliği içinde bir bakım planlamasını, sağlık bakım kaynaklarını daha iyi kullanmasını ve aile ile iletişiminin daha iyi olmasını sağlar. Ayrıca personel memnuniyetinin artmasına ve sağlık ekibi üyeleri arasında iletişimin güçlenmesine yardımcı olmaktadır (5, 29,30, 31, 32).

Aile merkezli bakımın öneminin hemşireler tarafından kabul edilmesi çocukların bakımında ebeveyn katılımını teşvik etmektedir (7, 17, 33). Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda sağlık personelinin aile merkezli bakım hakkındaki tutumları ve tutumları etkileyen faktörler incelenmiştir. Daneman ve arkadaşları (2003)'nın hastanede yatan çocukların bakımında ebeveyn katılımına karşı sağlık personelinin tutumunu belirlemek için yaptıkları çalışmada; sağlık personelinin ebeveyn katılımını desteklediği, fakat ebeveynlerin yapması gereken aktivitelerin genellikle sağlık personeli tarafından yürütüldüğü ve bunlar karmaşık hasta bakım görevlerini gerektirdiği için ebeveynlere daha az destek verdikleri belirlenmiştir.

Yapılan çalışmalarda çalışma yılı, medeni durumu ve ebeveyn olma durumu gibi bazı faktörlerin sağlık personelinin tutumunu etkilediği belirlenmiştir. Peterson ve arkadaşları(2004)'nın yaptığı çalışmada; hemşirelerin, aile merkezli bakımın gerekli olduğunu düşünmelerine rağmen, uygulamalarında tutarlı olarak aile merkezli yaklaşımı uygulamadıkları belirlenmiştir. Klinik alandaki çalışma yılı ve deneyimleri daha az olan hemşirelerin aile merkezli bakımı daha çok önemsedikleri ve daha tutarlı uyguladıkları saptanmıştır. Daneman ve arkadaşları'nın(2003) yaptığı çalışmada; kadın olan, eğitim düzeyi yüksek olan ve özel bölümlerde çalışan hemşireler diğerlerine göre daha olumlu bir tutum içinde olduğu, yaş, çalışma süresi, medeni durum ya da ebeveyn olma gibi faktörlerin hemşirelerin tutumunu etkilemediği saptanmıştır. Daneman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada PPAS kullanılmış olup, çalışmada elde edilen iç tutarlılık katsayısı 0,75 olarak saptanmıştır.

Johnson ve Lindschau(1996)'nın PPAS'yı kullanarak yaptığı çalışmada; personelinin çoğunluğunun, hastane bakımında ebeveyn katılımına karşı kararsız bir tutum içinde oldukları belirlenmiştir. Evli ve çocuğu olan sağlık personelinin diğerlerine göre ebeveyn katılımına karşı daha olumlu bir tutum içinde olduğu saptanmıştır(13, 34).

Sağlık personelinin teorik olarak aile merkezli bakım hakkında yeterli bilgiye sahip olmasına rağmen uygulamada bu ilkeleri yerine getiremediği ve sağlık personelinin kişisel değer ve inançlarının ailelerle çalışmayı etkilediği belirtilmektedir (3, 20, 34).

Pediatri hemşireliğinin temel felsefesinde yer alan aile merkezli bakımın önemi 1950’li yıllardan bu yana ortaya konmasına rağmen ülkemizde aileler son yıllarda hastanede yatan çocuğun bakımına katılmaya başlamıştır. Bunun da sadece çocuğun fiziksel bakımını yerine getirmekle sınırlı olduğu gözlenmektedir. Ülkemizde aile merkezli bakımı destekleyen ulusal bir sağlık politikası yoktur. Aile merkezli bakım uygulamaları hastane ve servislerdeki sağlık ekibinin bakış açısına göre değişmektedir. Ayrıca ülkemizde aile merkezli bakım konusunda sağlık çalışanlarının görüş ve tutumlarını inceleyen bir araştırmaya ulaşılamamıştır.

Aile merkezli bakım modelinin kliniklerde uygulanabilmesi için sağlık personelinin özellikle hemşirelerin tutumu oldukça önemlidir. Çünkü hastanede yatma süresince çocuklar ve ailelerle en yakın ilişkide olan sağlık profesyonelleri hemşirelerdir. Bu nedenle hemşireler hastanelerdeki bakımın aile merkezli olması yönünde değişim ve farklılık yaratmak için önemli bir role sahiptirler. Hemşirelerin, aile merkezli bakıma yönelik tutumlarının belirlenmesi, hemşirelik bakımına yönelik gerekli değişiklik ve önerilerin yapılabilmesi için uygun ölçüm araçlarının geliştirilmesine gereksinim duyulmaktadır. Bu nedenle Seidl ve Pillitteri tarafından 1967 yılında geliştirilen, Gill tarafından 1990 yılında revize edilen Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği’nin Türkçe literatürüne kazandırılmasının hastanede yatan çocuk ve ailesinin kaliteli bakım almasını sağlayacağı düşünülmüştür.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, “Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği’ni (Parent Participation Attitude Scale-PPAS) Türkçe’ ye uyarlamaktır.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. AİLE MERKEZLİ BAKIM VE HEMŞİRELİK

2.1.1. Aile Merkezli Bakımın Tanımı

Toplumun temel taşı olan çocuklar aile kurumu içinde yetişir. Çocuğun fiziksel, zihinsel, fizyolojik ve psikolojik anlamda sağlıklı bir birey olarak yaşamını sürdürmesinde ailenin rolü çok büyüktür (10). Ailenin sağlık davranışları ve alışkanlıkları çocuğun sağlığını etkilediği gibi, çocuğun sağlığı da aile üyelerinin fonksiyonlarını ve sağlığını etkilemektedir (10). Çocuk sağlığı hemşireliği, çocuğun ve ailesinin sağlık düzeyini holistik bakış açısıyla en üst düzeyde tutmayı amaçlamaktadır(4,10, 35, 36). Çocuk sağlığı hemşireliği, ailenin çocuğun yaşamındaki temel rolünü kabul etme ve buna saygı duyma değerleri üzerine temellenmektedir (11, 21). Bu nedenle çocuk sağlığı hemşireliği aile merkezli bakım anlayışı üzerine kuruludur. Aile merkezli bakım, sadece çocuğun değil, tüm aile üyelerinin gereksinimlerini dikkate alan bir yaklaşımdır. Aileyi çocuğun yaşamının merkezinde gören aile merkezli bakım anlayışı 21. yüzyılda pediatri hemşireliğinin temel felsefesi haline gelmiştir(4, 10, 11).

Aile merkezli bakımla ilgili yapılan tanımlarda ele alınan ortak nokta çocuğa verilen duygusal ve gelişimsel desteğin önemli olmasıdır (4). Aile merkezli bakım; çocuk, ebeveyn ve sağlık çalışanları arasında işbirliğini sağlayan holistik yaklaşımı içeren bir bakım modelidir (10, 12, 13, 14, 17, 18).

Aile merkezli bakım, ebeveynlerin belirlenen gereksinimlerini ve beklentilerini en iyi şekilde karşılar (1). Bakım sürecinin her aşamasında ailenin bireysel farklılıklarını dikkate alan esnek ve dinamik bir süreçtir (10, 22, 36). Ailenin kültürel farklılığını kabul eden bir yaklaşımdır (10, 36) Saygı, işbirliği, destek, bilgi paylaşma ve bakımda ailelere yetki verme ve olanak sağlama aile merkezli bakım anlayışında çok önemlidir (19, 20, 21, 22, 37).

Aile merkezli bakım, çocuğa verilen hizmetleri belirlemek için aile ve sağlık bakımı verenlerin beraber çalıştıkları bir sağlık bakım modelidir(15, 16, 38). Aile merkezli bakım, multidisipliner ekip çalışmasını gerektirmektedir (22). Bu ekipte doktor, hemşire, eczacı, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, fizyoterapist, çocuk gelişim uzmanı ve aile yer almaktadır(19, 32, 34). Holm ve arkadaşları(2003)'nın kanserli çocukların ebeveynlerinin

tıbbi bakımına katılımları konusundaki görüşlerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada; ebeveynler ekibin önemli bir üyesi olarak çocuğun bakımına katıldıklarını belirtmişlerdir (37).

2.1.2. Aile Merkezli Bakımın Tarihçesi

Çocukların sağlığını koruma ve sürdürmede ailenin öneminin artması sonucu aile merkezli bakım 20. yüzyılın ikinci yarısından sonra sağlık bakımında önemli bir kavram olarak ortaya çıkmıştır. Holistik bakış açısıyla aile, çocuğun yaşamında temel bir faktör olarak görülmüş ve hemşirelik hizmetleri, ailenin çocuğun bakımına katılımını sağlayacak şekilde planlanmaya başlanmıştır (4).

Pediyatrikte farklı hasta bakım modelleri denenmiştir. Hem çocuk hem de ebeveynler açısından sağladığı yararlar bakımından aile merkezli bakım modeli benimsenmiştir(31).

Hastanede kalmanın çocuklar üzerindeki olumsuz etkileri, ilk kez 50 yıl önce Curtis Raporu'yla (Ministry of Health 1946) gündeme gelmiştir. Bunun sonucunda hastanede yatan çocuğun bakımında ebeveyn katılımı pediatri hemşireliğinde giderek önem kazanmıştır. Çocuk sağlığı ile ilgili ulusal kuruluşların raporlarında da hasta çocukların bakımında ebeveyn gerekliliğinin önemi vurgulanmıştır. Çocukların ebeveynleriyle olan işbirliğinin gelişimi ve çocukların bakımında ailelerin rolünün artırılması, İngiltere'nin Çocuk Yasaları'nda vurgulanmıştır(39).

Hastanede yatan çocukların bakımındaki gelişmelere rağmen 1960'lı yıllarda sağlık personeli, çocukların bakımını kendilerinin daha iyi sağlayacaklarına inanıyorlardı. Bu nedenle ailenin bakıma katılmasına çok olumlu bakılmıyordu (4, 8, 40). Aile merkezli bakımın kabul edilmesinde önemli bir gelişme 1959 yılında İngiltere Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Platt Raporu'dur. Platt Raporu, ailelerin çocukların bakımına katılması için bir dönüm noktası olmuştur. Rapor, ebeveynlerden ayrılmanın çocuklar üzerine etkilerini inceleyen James Bowlby'nin çalışması üzerine temellenmiştir. Bu raporda çocukların hastaneye kabullerinde aileleri ile birlikte olması, aile üyelerine 24 saat ziyaret etme hakkının verilmesi ve hastanelerde değişik yaş gruplarına yönelik düzenlemeler yapılması gerektiği belirtilmektedir (5, 8, 39, 40).

Bu gelişmeler sonucunda hastanedeki çocuk ve ailelerinin gereksinimlerinin hemşireler tarafından dikkate alınmaması sonucunda 1961 yılında, ebeveyn baskı grupları oluşmuştur. Bu gruplara yönelik çalışma başlatan Ulusal Hasta Çocuklar Derneğinin yayınladığı raporlar,

hastanelerde ailelerin bakımı ile ilgili bilginin gelişimine katkı sağlamıştır(5, 41). Hastanedeki çocukların psikolojik bakımını hemşirelerin sağlaması için 1961 yılında bir kitap yazılmıştır. Çocuk bakım hemşireliği, 1962 yılından itibaren hemşirelik eğitiminde yer almıştır(41).

Çocukların ebeveynlerinden ayrılmasının etkileri üzerine yapılan çalışmalar sonucunda, çocukların temel bakımlarını vermek için ailelerin yetenek ve fonksiyonlarının farkına varılmıştır. Bunun sonucunda, 1970'li yılların sonlarına doğru hastaneye yatan çocuklara verilen bakım sürecinde ailelerin ve çocukların duygusal gereksinimleri dikkate alınmaya başlanmıştır (9, 41). Ayrıca çocukların annelerini istediklerini belirtmeleri, çocuk bakımı uygulamalarındaki değişiklikler hakkında Platt Raporu'nun getirdiği önerileri desteklemiştir(41).

Günümüzde, ebeveynlerin büyük çoğunluğu hastanelerde çocuklarıyla birlikte kalmaktadır. Birçok aile, hastane sürecinin tüm periyotlarında 24 saat boyunca yer almakta ve çocuklarının bakımına aktif olarak katılmaktadır.

2.1.3. Aile Merkezli Bakım ve Hemşirelik

Aile merkezli bakımda, ebeveynler bakımın her aşamasında yer alır. Ebeveynler, bakımı koordine etme, bilgiyi paylaşma, kayıt alma ve en önemlisi kararlara aktif olarak katılmada önemli bir role sahiptir (42). Bu rolün yerine getirilmesinde hemşirenin önemi büyüktür.

Ebeveynler, sağlık ekibinin bir üyesi olarak özel sorumluluklar taşır. Ancak ebeveynler çocuğun bakım sürecinde tıbbi dili anlama ve konuşmada zorluk yaşayabilir. Ayrıca her çocuk ve ailesi sahip olduğu kültürel değerler açısından da bu süreçte sıkıntı yaşayabilirler. Bunun için bakım veren hemşireler ebeveynlere bu konuda yardımcı olmalıdır. Bu süreçte en önemli nokta açık iletişimdir. Etkili ve açık iletişim, başarılı işbirliğinin anahtarıdır. Aile merkezli bakım uygulamasının başarı ile yürütülmesi, sağlık ekibinin çocuk ve aile ile arasındaki işbirliğinin etkili bir şekilde gerçekleşmesine bağlıdır (42).

Aile merkezli bakımın verilebilmesi için bazı ilkelerin olması gerektiği vurgulanmış ve aile merkezli bakımın ilkeleri, 1987 yılında Çocuk Sağlığı Bakım Derneği tarafından tanımlanmıştır (31, 43, 44).

Bu ilkeler;

Çocuğun yaşamında ailenin sürekliliğini tanımak,

Sağlık bakımının tüm düzeylerinde ebeveyn ve sağlık çalışanı işbirliğini kolaylaştırmak,

Ailenin gücünü ve bireyselliğini tanımak ve farklı baş etme yöntemlerine saygı duymak,

Çocuklarının bakımıyla ilgili ebeveynlerin gereksinim duyduğu bilgiyi vermek ve tarafsız olarak paylaşmak,

Ebeveynler arası desteği teşvik etmek ve kolaylaştırmak,

Sağlık bakım sisteminde; bebek, çocuk, adölesan ve onların ailelerinin gelişimsel gereksinimlerini anlamak ve bu gereksinimlerin sağlık bakım sisteminde yer almasını sağlamak,

Ailelerin gereksinimlerini saptamak için duygusal ve finansal destek sağlayan ve geniş kapsamlı olan uygun politika ve programları uygulamak,

Sağlık bakım sistemini aile gereksinimlerini karşılamak için ılımlı, kolay, ulaşılır ve sorumlu olacak şekilde düzenlemek olarak belirtilmiştir(39, 42, 44).

Aile çocuğun duygusal, sosyal gelişimsel ve sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanmasında en fazla sorumluluğa sahiptir. Ebeveynler ve sağlık çalışanlarının rol ve sorumluluklarının tanımlanması ebeveyn-profesyonel iş birliğinde önemli bir adımdır. Bu konuda hemşireler yeterli bilgi ve deneyime sahip olmalı ve bu becerilerini etkili şekilde kullanabilmelidir. Aile merkezli bakımın amacı;

Çocuk-aile arasındaki bağları güçlendirmek,

Ailenin çocuğun bakımına katılımını sağlamak ve

Çocuğun normal yaşamını sürdürmek için çocuğun yaşamında ailenin önemini ve değışmezliğini göz önünde bulundurmaktır.

Hemşireler; aile bütünlüğünü desteklemek için ebeveynlerin rol ve sorumluluklarını yerine getirebilmelerine fırsat vermelidir(42). Çocuğun yaşamında ailenin sürekliliğinin önemini bilen hemşire ailenin bakıma katılımı için gerekli tüm koşulları sağlamaya çalışır. Casey (1995) hastanede yatan çocukların bakımında ailelerin katılımını değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmasında; çocuğun yaşamında ailenin önemli etkileri olduğuna inanan hemşirelerin aileleri bakıma daha çok kattıklarını saptamıştır (45). Lima ve arkadaşlarının(2001) yaptıkları çalışmada, ebeveynlerin çocuklarının bakımında hemşireler tarafından desteklenmedikleri, çocuğun bakımı konusunda danışmanlık almadıkları ve annelerin verdikleri bakımın denetlenmediği belirlenmiştir(46).

Ebeveyn- sağlık çalışanlarının ilişkisi geleneksel olarak sağlık çalışanları tarafından baskılanmıştır. Ebeveynlerin karar almada yetersiz kalmaları etkili işbirliği sağlanmasında engel oluşturabilir. Hemşire bakımla ilgili kararlara ebeveynlerin katılabilmesi için gerekli bilgi ve desteği sağlamalıdır. Çocuk-aile ve hemşire arasındaki işbirliği ve bilgi paylaşımı empatik bir ilişki kurulması sonucunda oluşur. Hemşirelerin ebeveyn katılımına karşı olumlu bir tutum içinde olmaları etkili ve başarılı bir bakım süreci sağlar (42).

Çocuklarının bakımıyla ilgili ebeveynlerin gereksinim duyduğu bilgiyi vermek ve tarafsız olarak paylaşmak önemlidir. İşbirliğini kurabilmek için ilk adım, ebeveynler ve sağlık çalışanları arasında bilginin paylaşılmasıdır. Kriz ve stres durumları, iletişim için engel oluşturabilir. Hemşire bu engellerin farkında olmalı ve yaşanan duruma göre bakımı yönlendirebilmelidir.

Aile merkezli bakıma yönelik ebeveyn görüşleri ve aile merkezli bakımın ebeveynler üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalarda ebeveynlerin bilgi gereksinimlerinin olduğu belirlenmiştir. Hallström ve arkadaşları(2002), ebeveynlerin çocukları hakkında bilgi verilmesini ve bakıma katılmayı istediklerini saptamıştır (1). Ward(2001)'in yenidoğan yoğun bakımdaki ebeveynlerin gereksinimlerini belirlemek için yaptığı çalışmada, ebeveynler en önemli gereksinimlerinin bebeğe uygulanan tedavi planı ve yapılan işlemler hakkında bilgilendirilmek olduğunu ifade etmişlerdir (28). Schaffer ve arkadaşları'nın(2000) ebeveynlerin sağlık personelinin beklentilerini saptamak amacıyla yaptığı çalışmada, ebeveynler çocuklarının bakımına katılmak, çocuğun durumu, tanı ve tedavi hakkında bilgi almak, kendilerinden neler beklenildiğini bilmek, servise ve hastaneye oryante edilmek, sorularına yanıt almak istediklerini belirtmişlerdir (47). Evans(1994)'in yaptığı çalışmada, çocuğun durumu konusunda bilgilendirilen, çocuğun bakımına katılan ve karar verme sürecine dâhil edilen annelerin anksiyete düzeyleri daha düşük bulunmuştur (14).

Hemşireler çocuğun hastalığının ailesi üzerindeki etkilerinin farkında olarak, çocuğun durumu ve prognozu hakkında aileye dürüst ve anlaşılır bir şekilde bilgi vermelidir. Çocuğun durumundaki belirsizliğin ebeveynlerin karar verme ve duygusal durumları üzerine oluşturduğu etkilere karşı duyarlı olmalıdır. Ebeveynler bazı durumlarda bilgiyi tekrarlı olarak duymaya gereksinim duyabilir. Ailelerin kötü haber aldıklarında daha fazla desteğe gereksinimleri olabilir. Kötü haber verilmesi durumunda hemşire uygun ortamı ve desteği sağlamalıdır (42, 48).

Polkki ve arkadaşları(2002)'nin yaptığı çalışmada hastanede yatan çocuklardaki cerrahi ağrıyı gidermede ebeveynlerin bakıma katılımlarını etkileyen faktörlere ilişkin görüşleri belirlenmiştir. Ebeveynler kendilerine verilen bilginin anlaşılır olması, çocuklarına duygusal destek sağlama ve bakıma katılmaları konusunda desteklenmelerinin katılımlarını artırdığını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, ebeveynlerin bilgi eksikliği, ebeveynlerin bilgisine önem verilmemesi ve hemşirelerin zaman eksikliği ebeveyn katılımını engelleyici faktörler olarak saptanmıştır(49).

Aile merkezli bakım anlayışında ailenin gücünün ve bireyselliğinin farkında olunması ve bunlara saygı duyulması çok önemlidir. Çocuğun hastalığı süresince tüm aile sistemi etkilenmektedir. Krizle baş etme yöntemlerinin farklılık gösterebileceği, kültüre göre değişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Çevresel, kişisel ve durumsal faktörler gibi farklı stresörler ebeveynlerin deneyimlerini etkilemektedir. Bunun için bakım verilen her çocuk ve ailesinin farklılıkları bakım sürecinde yer alan hemşire tarafından göz önünde bulundurulmalıdır(42, 48). Hemşire ailenin güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olmalı, kullandığı baş etme yöntemlerini değerlendirmeli, bunlara saygı göstermeli ve ailenin baş etmesine yardımcı olmalıdır.

Peterson ve arkadaşlarının(2004) hemşirelerin aile merkezli bakım ilkelerini nasıl algıladığını ve uygulamada nasıl kullandığını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada; hemşireler, aile merkezli bakımın uygulanması için en gerekli ilkeler arasında ailenin bireyselliğini tanıma, bilgiyi paylaşma, duygusal ve finansal destek sağlamanın yer aldığını belirtmişlerdir. Ayrıca çalışmaya katılan hemşireler aile merkezli bakım ilkelerinin, uygulamada önemli olduğunu vurgulamışlardır(33).

Her yaş grubu kendine özgü gelişimsel özellikleri içermektedir. Sağlık bakım sisteminde; bebek, çocuk, adölesan ve onların ailelerinin gelişimsel gereksinimlerini anlamak ve bu gereksinimlerin sağlık bakım sisteminde yer almasını sağlamak, aile merkezli bakımın en temel ilkelerindedir. Bu nedenle hemşire çocuğa ya da adölesana uygun bakımı verebilmek için gelişimsel özellikleri göz önünde bulundurmalıdır. Çocuğun tüm bu gereksinimlerinin karşılanması, çocuk, aile, hemşire, doktor, terapist ve çocuk gelişim uzmanını kapsayan multidisipliner bir yaklaşımla mümkün olabilir. Sağlık ekibinin her bir üyesi çocuğun farklı gereksinimlerini tanımlayabilecek ve bu gereksinimlerin uygulanacak bakım sürecinde yer almasını sağlayacaktır(22, 37, 42).

Kristenson-Hallström(1999)'ın hastanede yatan çocukların bakımında ebeveynlerin katılımını etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yaptığı çalışmada bir yaşın altındaki çocukların ebeveynlerinin çocuğu daha büyük olan ebeveynlere göre daha fazla bakıma katılmak istedikleri saptanmıştır(50).

Ebeveynler arası desteği teşvik etmek ve kolaylaştırmak aile merkezli bakımı güçlendirir. Sağlık çalışanlarının desteği ebeveynlerin birbirlerine olan desteği ile bir araya getirilmelidir. Hemşireler ailelerin birbirleri ile iletişim kurmalarına yardımcı olarak, olumlu bir etkileşim ortamı oluşturulmasını sağlamalıdır. Çünkü ailelerin yaşadıklarını paylaşıp, birbirlerine destek olduklarında daha iyi baş edebildikleri görülmüştür(4).

Hasta bakım sisteminin yapısı ve kurumsal işleyişi aile merkezli bakımın başarısı üzerinde etkilidir. Sağlık bakım sistemi aile gereksinimlerini karşılayacak ve ebeveynler tarafından kolayca ulaşılabilecek şekilde düzenlenmelidir. Hemşirelerin saygı, esneklik, bilgi, destek, işbirliği ve yetki gibi ilkeleri uygulamalar sırasında göz önünde bulundurması gerekmektedir(51, 52)

Aile merkezli bakımın uygulanmasında ulusal ve kurumsal politika ve programların etkisi çok büyüktür. Politika ve programlar aile ve çocuğun gereksinimlerini gidermeli ve geniş kapsamlı olacak şekilde düzenlenmelidir. Hastane yönetiminin politika ve programları düzenlemede aile merkezli bakım ilkelerinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Ziyaret saatlerinin düzenlenmesi, kliniklerde ebeveynlerin çocuklarıyla birlikte kalmaları için gerekli olanakların sağlanması, sağlık çalışanlarının özellikle hemşirelerin bu konuda destekleyici ve uygulayıcı bir tutum içinde olmalarının sağlanması gibi düzenlenmeler yapılmalı ve bunlar uygulanmalıdır(53, 54).

2.1.4. Aile Merkezli Bakımın Yararları

Aile merkezli bakımın çocuk ve aile üzerinde hastaneye yatmanın olumsuz etkilerini azaltmada etkili olduğu bilinmektedir (34, 44, 55, 56).

Aile merkezli bakımın çocuk, aile ve hemşireler için yararları aşağıda özetlenmiştir (57, 58)

2.1.4.1. Ebeveynler açısından yararları

Ebeveynler sağlık ekibinin bir parçası oldukları ve kendi uzmanlıklarına değer verildiği zaman çocukların hastalığında yaşanan güven ve yeterlilik duygusu artmaktadır. Çünkü ebeveynler kendilerini yararlı ve önemli hissetmektedirler. Ayrıca ebeveyn rollerindeki ortaya çıkan değişiklik ile daha kolay baş etmektedirler(55). Kristenson-Hallström(1999) yaptığı çalışmada, hastanede kalma süresince çocuğa eşlik eden ve bakıma katılacak ebeveynin kim olduğu, çocuğun yaşı, çocuğun yatış şekli (ani ya da tercihe bağlı) ve çocuğun ameliyat olup olmadığı ebeveyn katılımının düzeyini etkileyen faktörler olarak saptanmıştır. Ayrıca kendini güvende hissedemeyen ebeveynler çocuğunun bakımına mümkün olduğunca katılmak istediklerini belirtmişlerdir(50). Stratton(2004)'un yaptığı çalışmada; ebeveynlerin, sağlık çalışanları ile olan ilişkisinin çocukların durumuyla baş etmelerini etkilediği saptanmıştır(35).

Aile merkezli bakımın ebeveynler açısından yararları;

Bakımdaki memnuniyet artar ve bakım sürecine daha kolay uyum sağlanır.

Ebeveynlerin yeni beceri ve uzmanlık kazanmalarını sağlar.

Hastane program ve politikalarının gelişimini destekler.

Aile ve sağlık ekibi üyeleri arasında sağlıklı bir iletişim sağlar.

Ailenin kendine güven duygusunda ve problem çözme yeteneğinde artış sağlar.

Ebeveyn stresini azaltır.

Taburculuk sonrası bakımda yeterliliği artırarak taburculuk sonrası problemlerin azalmasını sağlar(5, 59, 60).

2.1.4.2. Çocuk için yararları

Hastanede yatma süresince ailenin çocuğun yanında olması, çocuğun daha az anksiyete yaşamamasını, çocuğun hastalığına, hastane ve tedavisine daha iyi uyum yapmasını, sağlık personeli ve aile ile daha olumlu bir iletişim kurmasını, daha hızlı bir iyileşme dönemi geçirmesini sağlar. Kısacası annenin varlığı ve bakıma katılması, çocuğun fizyolojik, psikolojik ve sosyal sağlığını olumlu yönde etkilemektedir (5, 23, 24, 25).

Çocukların bakımında ebeveynlerin varlığı; hastalık ve hastaneye yatmanın yarattığı stres ve stresörlerle daha iyi baş etmesini sağlar(55). Saunders ve arkadaşları(2005)'nin yaptığı çalışmada; yeni doğanların bakımında hemşire ve aileler işbirliği yaptıktan sonra hastanede kalma süresinin kısaldığı ve beslenme sorunlarının azaldığı saptanmıştır(59). Kristensson- Hallström ve arkadaşlarının(1997) yaptığı çalışmada, ebeveynlerin bakımına katıldığı çocuklarda daha az ağrı ve anksiyete deneyimlediklerini belirtmiştir(55).

Çocuk için sağladığı yararlar şunlardır:

Çocuğun duygusal stresini azaltır.

Güvende hissetme duygusunu artırır.

Hastaneye uyumunu kolaylaştırarak oluşabilecek davranışsal sorunları azaltır.

Hastanede kalma süresi kısalmır.

Çocuğun memnuniyetini artırır.

Ebeveyn-çocuk ilişkisini sürdürür.

Çocuk-aile ve sağlık ekibi üyeleri arasında sağlıklı bir iletişim sağlar.

Taburculuk sonrası çocuğun bakımında ebeveynin yeterliliğini kolaylaştırır.

Hastane ve ev yaşamı arasında çocuk için bağlantıyı sağlar(5, 32, 55).

Daha az ağrı ve uyku sıkıntısı yaşar (32, 60).

Skuladottir ve Thome(2003) hastanede yatan yenidoğanların uyku düzenleri üzerine aile merkezli bakımın etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada, aile merkezli bakım uygulanan yenidoğanların taburculuktan sonra gece uykularının yeterli düzeyde olduğunu saptamıştır (61).

2.1.4.3. Hemşireler için yararları

Aile merkezli bakımın hemşireler açısından sağladığı yararlar şunlardır:

Çocuğun sağlığını ve gelişimini desteklemede aileyle işbirliği sağlar.

Ailelerin güçlerini ve bakım verme kapasitelerini daha iyi anlamalarını sağlar.

Bakım planı oluşturma, uygulama ve değerlendirmede kolaylık sağlar.

Sağlık ekibi üyeleri arasında sağlıklı bir iletişim sağlar.

Sağlık bakım kaynaklarının, zamanın daha verimli ve etkin olarak kullanımını sağlar ve bakımın maliyetini azaltır.

Memnuniyeti arttıran bir uygulama çevresi sağlar (60).

Hastaneye yatan çocuğun bakımını planlamada önemli olan aile merkezli bakımın uygulanabilmesi için çocuğun yaşamında ailesinin değerini ve destek hizmetlerinin değişken olduğunun farkında olmak, her türlü bakımın karşılanmasında sağlık ekibi ile birlikte çalışmak, çocuğun durumuyla ilgili bilgilerin sürekli değişim halinde olduğunu fark etmek, aile içi ve aileler arası farklı kültürel özellikleri tanımak ve saygı duymak, ailelerin gereksinimlerine ve baş etme yollarına saygılı olmak, aile içi ve aileler arası desteği teşvik etmek, ailelerin farklı gereksinimlerini karşılamak için olanaklar sağlamak, ulaşılabilir kapsamlı hizmetler için esnek olmak, ailelerin aile, çocukların çocuk olduğunu, kendi güçleri ve ilgileri bulunduğunu, çocuğun sağlığında her zaman ailenin önceliği olduğunu kabul etmek gerekmektedir(44, 62).

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'ni (EKTÖ) Türkçe' ye uyarlamak amacıyla metodolojik olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, İzmir ili merkez sınırları içerisinde bulunan Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Kliniği, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi, İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Klinikleri'nde yapılmıştır. İl merkezinde çocuk kliniği bulunan diğer hastaneler çalışan hemşire sayısı az olduğu için çalışmaya alınmamıştır.

3.3. Araştırmanın Evren Ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İzmir ili merkez sınırları içerisinde bulunan Ege Üniversitesi Hastanesi Çocuk Servisleri, Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Servisi, Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk klinikleri ve Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk kliniklerinde çalışan toplam 240 hemşirenin oluşturması planlanmıştır. Çocuk acil servislerinde çalışan hemşireler çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmada örnekleme gidilmemiştir. Örneklem sayısını ölçek geçerliliği ve güvenilirliği için madde sayısı 10 ile çarpılarak 240 hemşire olması hedeflenmiş, toplam 277 hemşire araştırmanın örneklemini oluşturmuştur(63).

Örneklem grubunu oluşturan hemşirelerin %54,4'ü 20- 29 yaş arasındadır. Hemşirelerin %66,1'i evli ve %49,5'i çocuk sahibidir. Hemşirelerin büyük çoğunluğu (%81,2) devlet hastanelerinde ve klinik hemşiresi (%89,9) olarak çalışmakta olup, %36,1' i önlisans mezunudur.

3.4. Veri Toplama Araçları

- Araştırmada gerekli verileri toplamak amacıyla;
- Hemşirelerin Demografik Özellikleri Formu,
 - Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği kullanılmıştır.

3.4.1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri Formu

Bu formda araştırmacı tarafından hazırlanan hemşirelerin yaşı, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, çalıştığı hastane, hemşire olarak çalışma yılı, klinik konumu, eğitim düzeyi, çalıştığı servis bilgilerini içeren sekiz maddeden oluşan demografik özellikler formu kullanılmıştır(EK- 8).

3.4.2. Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği

Ölçek, ilk kez 1967 yılında Seidl ve Pillitteri tarafından hastanede yatan çocuğun bakımında ebeveyn katılımına karşı hemşirelerin tutumunu ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek, Gill tarafından 1985 ve 1990 yıllarında revize edilmiştir(13). Ölçekte, 1, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 17, 18, 22. sorular ters yönlüdür. Bu ölçek, 24 maddeli, 5 dereceli likert tipi bir ölçektir. Kesinlikle katılmıyorum yanıtı için 1, katılmıyorum yanıtı için 2, kararsızım yanıtı için 3, katılıyorum yanıtı için 4, kesinlikle katılıyorum yanıtı için 5 puan verilir. Ölçekten alınacak en düşük puan 24, en yüksek puan 120'dir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması ebeveyn katılımına karşı kabul edici bir tutumu göstermektedir. Ölçekten alınan puanlar Tablo 2'de görüldüğü gibi değerlendirilmektedir.

Tablo 1: Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin Değerlendirilmesi

Tutum sınıflaması	Puan
Tamamen reddediyorum	24- 36
Reddediyorum	37- 60
Kararsızım	61- 84
Kabul ediyorum	85- 108
Tamamen kabul ediyorum	109- 120

Ebeveyn katılımı tutum ölçeği'nin (Parent Participation Attitude Scale-PPAS) iki yarım test güvenilirlik katsayısı +0,37, iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0,74'dür (13) (EK- 9-10).

3.5. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında; araştırmacı tarafından Hemşirelerin Demografik Özellikleri Formu(Ek-8) ve Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği(Ek-9) hemşirelere verilerek doldurmaları istenmiştir. Ölçek uygulaması yapılmadan önce hemşirelere kısaca bilgi verilerek, doğru yanıtı vermelerinin araştırmanın güvenilirliği için önemi anlatılmıştır.

3.6. Verilerin Analizi

Araştırma sonunda elde edilen verilerin analizi SPSS (Statistical Package For Social Science) 11.1 Paket programı ile yapılmıştır.

Verilerin analizinde:

1. Çalışmaya alınan hemşirelere ilişkin tanıtıcı bilgiler sayı ve yüzde dağılımları ile verilmiştir.
2. Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek için;

Ölçeğin güvenilirliğine ilişkin olarak;

a. Zamana karşı değişmezlik (test-tekrar test güvenilirliği): Pearson Momentler Çarpımı korelasyonu tekniği ile incelenmiştir. Ölçeğin re-test uygulaması üç hafta sonra yapılmıştır.

b. İç tutarlılık: Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı, madde toplam puan korelasyon tekniği kullanılmıştır.

Ölçeğin geçerliliğine ilişkin olarak;

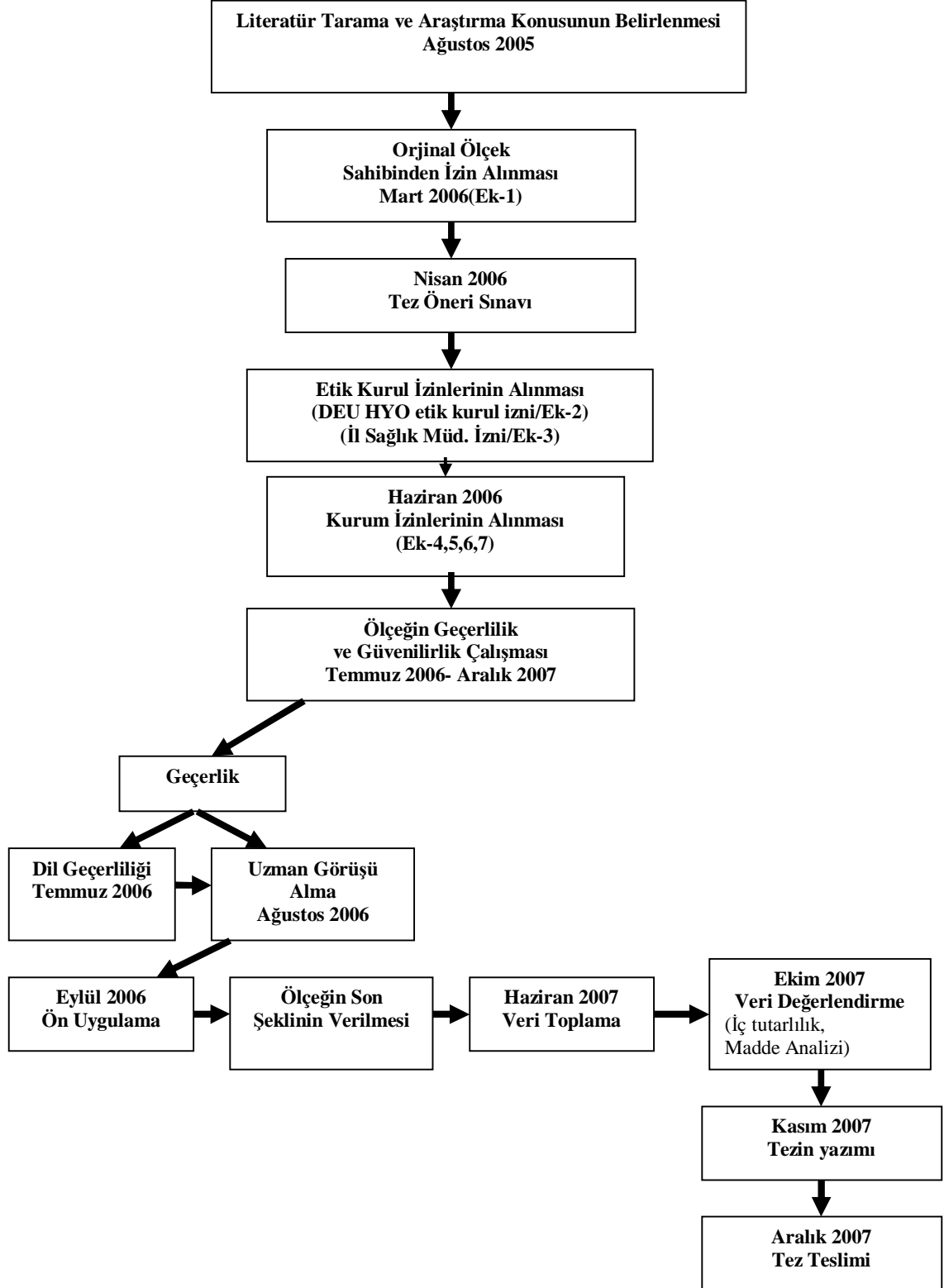
a. Dil geçerliliği

b.İçerik geçerliği: Ölçeğin bağımsız gözlemciler arası uyumunu hesaplamak için ön uygulama yapmadan önce alınan uzman görüşlerinin değerlendirilmesi Kendall İyi Uyuşum Katsayısı ile değerlendirilmiştir (63, 64, 65, 66, 67, 68).

3.7. Araştırmanın Planı

Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin Araştırma planı Şekil 1'de verilmiştir.

Şekil 1: Araştırma Planı



3.8. Araştırma Etiği

Araştırmanın yapılacağı kurumlardan yazılı olarak izin alınmıştır(Ek- 4, Ek-5, Ek-6, Ek-7). Ayrıca araştırmaya katılan hemşirelerden araştırmanın amacı açıklanarak izin alınmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi

4.1.1. Geçerlik Analizleri

4.1.1.1. Dil Geçerliği

Ölçeğin çevirileri her iki dili bilen 3'ü anadili Türkçe, 1'i anadili İngilizce olan toplam 4 İngilizce dili okutmanı tarafından İngilizce' den Türkçe' ye yapılmış, en uygun ifadeler seçildikten sonra ölçeğin yeniden Türkçe' den İngilizce' ye çevirisi, daha önce anketin aslını (İngilizce halini) görmeyen her iki dili bilen anadili Türkçe olan 3 İngilizce dili okutmanına yaptırılmıştır. Çevirinin orijinal ölçek ifadeleri ile karşılaştırması yapılarak, gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra Türkçeleştirilen form, içerik geçerliliği için pediatri alanında uzman kişilere sunulmuştur.

4.1.1.2. İçerik Geçerliği

Dil geçerliği yapılan ölçek, içerik geçerliliği için pediatri hemşireliği alanında uzman 10 öğretim elemanının görüşüne sunulmuştur. Uzmanlar her maddeye 1(Hiç uygun değil) ile 10(en uygun) arasında puan vermiştir. Uzmanlardan alınan geri bildirimler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Uzman görüşleri istatistiksel olarak Kendall İyi Uyuşum Katsayısı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Tablo 2: Kendall Testi Sonucuna Göre Uzman Görüşlerinin Değerlendirmesi(n=10)

Maddeler	n	\bar{x}	Sx	Min.	Max.
1	10	9,6	0,70	8,00	10,00
2	10	9,2	0,90	8,00	10,00
3	10	9,4	1,07	7,00	10,00
4	10	9,6	0,52	9,00	10,00
5	10	8,7	2,49	4,00	10,00
6	10	9,2	1,55	5,00	10,00
7	10	8,6	2,22	4,00	10,00

8	10	9,2	1,32	6,00	10,00
9	10	9,8	0,42	9,00	10,00
10	10	9,4	1,07	7,00	10,00
11	10	9,7	0,48	9,00	10,00
12	10	9,8	0,42	9,00	10,00
13	10	9,6	0,69	8,00	10,00
14	10	9,5	0,97	7,00	10,00
15	10	7,2	3,19	1,00	10,00
16	10	7,9	3,07	1,00	10,00
17	10	9,1	1,66	6,00	10,00
18	10	9,5	1,08	7,00	10,00
19	10	9,8	0,42	9,00	10,00
20	10	9,9	0,31	9,00	10,00
21	10	8,8	2,82	1,00	10,00
22	10	8,8	2,82	1,00	10,00
23	10	9,2	1,13	7,00	10,00
24	10	9,2	1,31	6,00	10,00
n		W	X²	Sd	p
10		0,116	26,763	23	0,266

Uzmanların Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin maddelerine verdikleri puanların analizi Tablo 2'de gösterilmiştir. Ölçeğin maddelerini 10 uzmanın değerlendirmesi sonucu elde puanların Kendall İyi Uyuşum Katsayısı ile değerlendirmesi sonucu uzmanlar arasında istatistiksel düzeyde görüş birliği olduğu saptanmıştır ($p>0,05$).

4.1.2. Güvenirlilik Analizleri

4.1.2.1. İç Tutarlılığının İncelenmesi

Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin maddelerinin ve toplam ölçek için iç tutarlılık katsayıları(Cronbach Alfa) değerlendirilmiş ve Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3: Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeğinin Alfa Değerleri(n=277)

Maddeler	Cronbach Alpha Değeri
1. Ebeveynler belirlenmiş ziyaret saatlerini aşarsa, normal hastane rutini aksar.	0,58
2. Sağlık personeli-hasta ilişkisi çoğu zaman ebeveynlerin katılımı ile arttırılır.	0,52
3. Eğer herhangi bir işlem ebeveyne sabırlı ve anlayışlı bir	0,52

şekilde açıklanırsa, ebeveynler çocuğa daha iyi duygusal destek verebilirler.	
4. Çocuğun durumunda olumlu bir gelişme olursa, normal koşullar altında, aileye bilgi vermeye gerek yoktur.	0,53
5. Röntgeni çekilirken ebeveynin çocuğun yanında bulunmasına izin vermek genellikle iyi bir uygulamadır.	0,60
6. Omurilik sıvısı almak gibi, tıbben zor bir işlemi aileye anlatmak, kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamaz.	0,53
7. Ebeveynler, terminal dönemdeki çocuklarının bakımına katılırlarsa, çocuklarının ölümünü kabullenmek daha kolay olacaktır.	0,55
8. Çocukları ile kalmakta ısrar eden ebeveynler, genellikle, çok üzgün olanlardır.	0,55
9. Ebeveynler ne zaman isterlerse hastaneyi ziyaret etmelerine izin verilmelidir.	0,56
10. Çocuklarının durumu ile ilgili üzüntü belirtileri gösteren ebeveynlerin çocuklarını ziyaret etmelerine izin verilmemelidir.	0,52
11. Ebeveyn işlemi tam olarak anlamış olsa bile, sağlık görevlisinin bir işlemi çocuğa açıklamaması, açıklamayı ebeveyne yaptırmamasından genellikle daha iyidir.	0,58
12. Ölümün gerçekleşmesi durumunda, ebeveynlerin odada olmamaları genellikle daha iyidir.	0,56
13. Çocuğun durumunda olumsuz bir gelişme olursa, normal koşullar altında, aileye bilgi vermeye gerek yoktur.	0,51
14. Bir çocuğun ebeveyninin yanında olması genellikle onu çok rahatlatır.	0,51
15. Genellikle gerekli önlemleri aldıktan sonra, ebeveynlerin röntgen odasında çocuklarına eşlik etmelerine izin verilmemelidir.	0,54
16. Ebeveynler eğer evdeki maddi durumu uygun değil ise, hastanede kalmaları, ücretsiz yemek ve otobüs ücreti vs. gibi olanaklardan yararlanmaları için teşvik edilmelidir.	0,53
17. Ebeveynlerin çoğu çocukları ile kalmanın onlar için ne zaman iyi ne zaman kötü olduğunun farkında değildirler.	0,54
18. Normalde ebeveynlerin evde verebileceği bir ilaç olsa bile, her zaman sağlık personeli tarafından verilmelidir.	0,56
19. Eğer birkaç gün içinde ölüm bekleniyorsa ve çocuğun bilinci açık ise, ebeveynler çocuklarıyla kalmaları için teşvik edilmelidir.	0,52
20. Tıbbi açıdan kontrendikasyon yoksa ebeveynlerin çocuklarını kendilerinin beslemesi sağlık çalışanlarının beslemesinden daha iyidir.	0,51
21. Sağlık çalışanlarının bilgilendirmesi ve gözetimi altında, ebeveynlerin çocuklarının basit pansuman değiştirme işlemlerini yerine getirmelerine izin verilmelidir.	0,52
22. Genel olarak terminal vakalarda ebeveynlere tanı ve tanıya ilişkin girişimler söylenmemelidir.	0,53
23. Enjeksiyon uygulamaları gibi çocuğun hareketlerinin kontrol altında tutulmasını gerektiren durumlarda, bir ebeveyn bu fonksiyonu yerine getirebilir.	0,53
24. Ebeveynleri bakımlarına katıldığında, çocuklar hastaneye yatmayla daha iyi başa çıkabilir.	0,52
Toplam	0,55

Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin toplam ölçek iç tutarlılık katsayısı 0,55 olarak bulunmuştur. Ölçek maddelerinin iç tutarlılık katsayıları 0,51 ile 0,60 arasında değişmektedir.

Tablo 4: Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeğinin Madde Toplam Puan Korelasyon Sonuçları(n=277)

Maddeler	Madde-Toplam Puan Korelasyonu (r)	p
1. Ebeveynler belirlenmiş ziyaret saatlerini aşarsa, normal hastane rutini aksar.	-,023	,708
2. Sağlık personeli-hasta ilişkisi çoğu zaman ebeveynlerin katılımı ile artırılır.	,413	,000
3. Eğer herhangi bir işlem ebeveyne sabırlı ve anlayışlı bir şekilde açıklanırsa, ebeveynler çocuğa daha iyi duygusal destek verebilirler.	,424	,000
4. Çocuğun durumunda olumlu bir gelişme olursa, normal koşullar altında, aileye bilgi vermeye gerek yoktur.	,406	,000
5. Röntgeni çekilirken ebeveynin çocuğun yanında bulunmasına izin vermek genellikle iyi bir uygulamadır.	-,102	,089
6. Omurilik sıvısı almak gibi, tıbben zor bir işlemi aileye anlatmak, kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamaz.	,349	,000
7. Ebeveynler, terminal dönemdeki çocuklarının bakımına katılırlarsa, çocuklarının ölümünü kabullenmek daha kolay olacaktır.	,229	,000
8. Çocukları ile kalmakta ısrar eden ebeveynler, genellikle, çok üzgün olanlardır.	,255	,000
9. Ebeveynler ne zaman isterlerse hastaneyi ziyaret etmelerine izin verilmelidir.	,175	,004
10. Çocuklarının durumu ile ilgili üzüntü belirtileri gösteren ebeveynlerin çocuklarını ziyaret etmelerine izin verilmemelidir.	,398	,829
11. Ebeveyn işlemi tam olarak anlamış olsa bile, sağlık görevlisinin bir işlemi çocuğa açıklaması, açıklamayı ebeveyne yaptırmasından genellikle daha iyidir.	,013	,000
12. Ölümün gerçekleşmesi durumunda, ebeveynlerin odada olmamaları genellikle daha iyidir.	,209	,000
13. Çocuğun durumunda olumsuz bir gelişme olursa, normal koşullar altında, aileye bilgi vermeye gerek yoktur.	,471	,000
14. Bir çocuğun ebeveyninin yanında olması genellikle onu çok rahatlatır.	,477	,000
15. Genellikle gerekli önlemleri aldıktan sonra, ebeveynlerin röntgen odasında çocuklarına eşlik etmelerine izin verilmemelidir.	,306	,000
16. Ebeveynler eğer evdeki maddi durumu uygun değil ise, hastanede kalmaları, ücretsiz yemek ve otobüs ücreti vs. gibi olanaklardan yararlanmaları için teşvik edilmelidir.	,370	,000
17. Ebeveynlerin çoğu çocukları ile kalmanın onlar için ne zaman iyi ne zaman kötü olduğunun farkında değildirlen.	,250	,000
18. Normalde ebeveynlerin evde verebileceği bir ilaç olsa bile, her zaman sağlık personeli tarafından verilmelidir.	,255	,000
19. Eğer birkaç gün içinde ölüm bekleniyorsa ve çocuğun bilinci açık ise, ebeveynler çocuklarıyla kalmaları için teşvik edilmelidir.	,395	,000
20. Tıbbi açıdan kontrendikasyon yoksa ebeveynlerin çocuklarını kendilerinin beslemesi sağlık çalışanlarının beslemesinden daha iyidir.	,533	,000

21. Sağlık çalışanlarının bilgilendirmesi ve gözetimi altında, ebeveynlerin çocuklarının basit pansuman değiştirme işlemlerini yerine getirmelerine izin verilmelidir.	,408	,000
22. Genel olarak terminal vakalarda ebeveynlere tanı ve tanıya ilişkin girişimler söylenmemelidir.	,370	,000
23. Enjeksiyon uygulamaları gibi çocuğun hareketlerinin kontrol altında tutulmasını gerektiren durumlarda, bir ebeveyn bu fonksiyonu yerine getirebilir.	,381	,000
24. Ebeveynleri bakımlarına katıldığında, çocuklar hastaneye yatmayla daha iyi başa çıkabilir.	,452	,000
Toplam		
	p≤0,01	

Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin her maddesinin madde-toplam puan korelasyon sonuçları Tablo 4'te gösterilmiştir. Madde-toplam puan korelasyonları -0,10 ile 0,53 arasında dağılım göstermiştir. Ölçek madde-toplam puan korelasyon katsayısı 0,25'in altında kalan maddelere bakıldığında 1. madde -0,02, 5. madde -0,10, 7. madde 0,22, 11. madde 0,01, 12. madde 0,20 olduğu görülmüştür. Ölçek maddelerinin tümü için madde silindiğinde cronbach alpha değeri değiştiği için bu maddeler ölçekten çıkarılmıştır.

Tablo 5: Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeğinin Alfa Değerleri(n=277)

Maddeler	Cronbach Alpha Değeri
1. Sağlık personeli-hasta ilişkisi çoğu zaman ebeveynlerin katılımı ile artırılır.	0,66
2. Eğer herhangi bir işlem ebeveyne sabırlı ve anlayışlı bir şekilde açıklanırsa, ebeveynler çocuğa daha iyi duygusal destek verebilirler.	0,65
3. Çocuğun durumunda olumlu bir gelişme olursa, normal koşullar altında, aileye bilgi vermeye gerek yoktur.	0,65
4. Omurilik sıvısı almak gibi, tıbben zor bir işlemi aileye anlatmak, kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamaz.	0,66
5. Çocukları ile kalmakta ısrar eden ebeveynler, genellikle, çok üzgün olanlardır.	0,67
6. Çocuklarının durumu ile ilgili üzüntü belirtileri gösteren ebeveynlerin çocuklarını ziyaret etmelerine izin verilmemelidir.	0,66
7. Çocuğun durumunda olumsuz bir gelişme olursa, normal koşullar altında, aileye bilgi vermeye gerek yoktur.	0,64
8. Bir çocuğun ebeveyninin yanında olması genellikle onu çok rahatlatır.	0,64
9. Genellikle gerekli önlemleri aldıktan sonra, ebeveynlerin röntgen odasında çocuklarına eşlik etmelerine izin verilmemelidir.	0,67
10. Ebeveynler eğer evdeki maddi durumu uygun değil ise, hastanede kalmaları, ücretsiz yemek ve otobüs ücreti vs. gibi olanaklardan yararlanmaları için teşvik edilmelidir.	0,67
11. Ebeveynlerin çoğu çocukları ile kalmanın onlar için ne zaman iyi ne zaman kötü olduğunun farkında değildirler.	0,67
12. Normalde ebeveynlerin evde verebileceği bir ilaç olsa bile, her zaman sağlık personeli tarafından verilmelidir.	0,69
13. Eğer birkaç gün içinde ölüm bekleniyorsa ve çocuğun bilinci açık	0,65

ise, ebeveynler çocuklarıyla kalmaları için teşvik edilmelidir.	
14. Tıbbi açıdan kontrendikasyon yoksa ebeveynlerin çocuklarını kendilerinin beslemesi sağlık çalışanlarının beslemesinden daha iyidir.	0,64
15. Sağlık çalışanlarının bilgilendirmesi ve gözetimi altında, ebeveynlerin çocuklarının basit pansuman değiştirme işlemlerini yerine getirmelerine izin verilmelidir.	0,66
16. Genel olarak terminal vakalarda ebeveynlere tanı ve tanıya ilişkin girişimler söylenmemelidir.	0,66
17. Enjeksiyon uygulamaları gibi çocuğun hareketlerinin kontrol altında tutulmasını gerektiren durumlarda, bir ebeveyn bu fonksiyonu yerine getirebilir.	0,66
18. Ebeveynleri bakımlarına katıldığında, çocuklar hastaneye yatmayla daha iyi başa çıkabilir.	0,65
Toplam	0,67

Maddeler çıkarıldıktan sonra toplam ölçek iç tutarlılık katsayısı 0,67 olarak bulunmuştur. Ölçek maddelerinin iç tutarlılık katsayıları 0,64 ile 0,69 arasında değişmektedir.

4.1.2.2. Test-Tekrar Test Güvenirliği

Tablo 6: Hemşirelerin Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Test-Tekrar Test Puan Ortalamaları ve Karşılaştırılması(n=277)

Ölçek	Ebeveyn katılımı Tutum Ölçeği Puanı		Analiz Sonuçları	
	İlk Uygulama $\bar{X} \pm SS$	İlk Uygulama $\bar{X} \pm SS$	r	p
Ebeveyn katılımı Tutum Ölçeği	86,0±7,53	86,6±7,86	0,98	0,000

Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin birinci ve ikinci puan ortalamaları Tablo 6'da gösterilmiştir. Ölçeğin test-tekrar test arasındaki korelasyon değeri 0,98'dir ve p=0,000 düzeyinde anlamlıdır.

BÖLÜM V

TARTIŞMA

5.1. Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin Geçerliliğinin Değerlendirilmesi

5.1.1. Dil Geçerliliğinin İncelenmesi

Ölçeğin dil geçerliliği, araştırma sürecinde önemli bir aşamadır. Ölçeğin çevirisini yapacak çevirmenler, çeviri konusunda bilgi ve deneyime sahip, ayrıca her iki dili akıcı bir şekilde kullanan ve her iki kültürü de yakından tanıyan kişilerden seçilmelidir. Çünkü dil uyarlamasındaki en önemli nokta, çevirmelerin seçimi ve çeviri tekniğidir (65, 68, 69). Çalışmada ölçeğin çevirilerinde geri çeviri tekniği kullanılmış olup, ölçeğin kültürel eşitliğini sağlamak için en çok seçilen yöntemdir(65, 69).

Ölçeğin literatüre uygun olarak dil çevirileri yapılmış olup dil eşdeğerliliği sağlanmıştır. Çevirileri yapılan ölçeğin kültürel eşitliği sağladığı görülmüştür.

5.1.2. İçerik Geçerliliğinin İncelenmesi

Uzman görüşü alma, içerik geçerliğinde en sık kullanılan yöntemdir (64,70,71,72). Ölçek geliştirme çalışmalarında ve herhangi bir dilde geliştirilen bir ölçme aracı Türkçe'ye uyarlanmak istendiğinde içerik geçerliği sınanmalıdır (63, 67, 70, 73). Dilde eşdeğerliliği sağlanan ölçek, madde/ifadelerin ölçülmek istenilen özelliği temsil edip etmediğini belirlemek için, konuyla ilgili uzmanların görüşüne sunulurken, uzmanların her madde için 1- 4, 1- 5 ya da 1- 10 gibi belirlenen puanlar arası değerlendirme yapması sağlanır (73). Uzman sayısı en az üç olmakla beraber 20'ye kadar çıkabilir. Uzmanlar arasında ölçüm maddeleri için görüş birliği olması beklenir (71,72).

Bu bilgiler doğrultusunda dil geçerliği yapılan ölçek, içerik geçerliliği için pediatri hemşireliği alanında uzman on öğretim elemanının görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşlerinin uyumluluğunu değerlendiren Kendall W uyum analizinde uzman görüşlerinin uyumlu olduğu belirlenmiş ve Türkçe'ye çevrilen ölçeğin kapsam geçerliği sağlanmıştır. Uzmanlar arasında görüş birliği olması, bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin ölçülmek istenen alanı yansıttığı ve içerik geçerliliğinin sağlandığını göstermektedir(64, 66, 67, 73). Uzmanların madde uygunluğunu puanla değerlendirmeleri

yanı sıra uzmanların yargılarına da güvenilmesi gerektiğinden, uzmanların maddelerin ifadeleri ve içeriği konusundaki önerileri de değerlendirilmiş ve öneriler doğrultusunda ifadelerdeki düzeltmeler yapılmıştır(73). Bunun sonucunda Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği (EKTÖ)' nin ifadelerinin kültürümüze uygun olduğu ve ölçülmek istenen alanı ölçtüğü söylenebilir.

5.2. Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin Güvenirliliğinin Değerlendirilmesi

5.2.1. İç Tutarlılığının İncelenmesi

Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin toplam ölçek iç tutarlılık katsayısı 0,55 olarak bulunmuştur. Ölçek maddelerinin iç tutarlılık katsayıları 0,51 ile 0,60 arasında değişmektedir. Ölçeğin orijinalinde toplam ölçek için elde edilen Cronbach alfa değeri 0,74 olarak bulunmuştur. Bu da ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir. Literatürde Cronbach alfa katsayısının değerlendirilmesinde uyulan kriterlere bakıldığında;

- ✓ $0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir,
- ✓ $0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenirliliktir,
- ✓ $0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir,
- ✓ $0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir” şeklinde değerlendirilmektedir (66).

Literatüre göre, 0,55 cronbach alfa değeri düşük güvenirlilikte bir ölçüm aracını göstermektedir. Kültürlerarası ölçek uyarlamada, genellikle 0,70 üzeri yeterli görülmele beraber 0,85- 0,95 aralığının seçilmesi gerektiği belirtilmektedir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değerinin 0,55 olması nedeniyle Türk kültüründe bu konuyu ölçmek için uygun bir ölçüm aracı olmayabilir. Ancak madde toplam puan korelasyon analizinde 0,25'in altında kalan maddeler çıkarıldığında toplam ölçek iç tutarlılık katsayısı 0,67 olarak bulunmuştur. Bu da ölçeğin kültürümüzde kullanımın güvenilir olduğunu göstermektedir.

5.2.2. Madde Analizlerinin İncelenmesi

Bir ölçeğin iç tutarlılığını gösteren diğer bir kriter Madde analizi sonucudur(66, 67). Madde analizi sürecinde en sık kullanılan yöntem madde-toplam puan korelasyonlarının hesaplanmasıdır (67, 70)

Ebeveyn Katılım tutum Ölçeği'nin Madde-toplam puan korelasyon katsayıları -0,10 ile 0,53 arasında dağılım göstermiştir(Tablo 4). Ölçek madde toplam puan korelasyon katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır($p<0,01$).

Özdamar'a (2004) göre madde-toplam puan korelasyonlarının negatif olmaması ve hatta 0.25 değerinden büyük olması gerekir(66). Düşük korelasyon gösteren maddelerin ölçme aracından çıkarılması önerilmesine rağmen bu kesin bir kural değildir(66, 69). Bir maddenin ölçekten çıkarılması için; madde silinirse alfa katsayısındaki değişime(alpha if item deleted) ve madde silinirse ortalamadaki (scale mean if item deleted) değişime bakmak gerektiği belirtilmiştir(66, 73).

Ölçek madde-toplam puan korelasyon katsayısı 0,25'in altında kalan maddelere bakıldığında birinci madde -0,02, 5. madde -0,10, 7. madde 0,22, 11. madde 0,01, 12. madde 0,20 olduğu görülmüştür. Ölçek maddelerinin tümü için madde silindiğinde cronbach alpha değeri 0,67 olarak bulunmuştur. Maddeler çıkarıldığında Cronbach alfa değeri yükseldiği için bu maddeler ölçekten çıkarılmıştır (64,66,67,73). Bu maddelerin ölçeğin bütünü için homojeniteyi bozan ve güvenilirliği azaltan maddeler olarak değerlendirilmiştir.

Madde toplam puan korelasyon katsayıları 0,25'in altında kalan ölçek maddelerine bakıldığında; birinci maddede; 'Ebeveynler belirlenmiş ziyaret saatlerini aşarsa, normal hastane rutini aksar.', beşinci maddede; 'Röntgeni çekilirken ebeveynin çocuğun yanında bulunmasına izin vermek genellikle iyi bir uygulamadır.', yedinci maddede; 'Ebeveynler, terminal dönemdeki çocuklarının bakımına katılırlarsa, çocuklarının ölümünü kabullenmek daha kolay olacaktır.', dokuzuncu maddede; 'Ölümün gerçekleşmesi durumunda, ebeveynlerin odada olmamaları genellikle daha iyidir.', 11. maddede; 'Ebeveyn işlemi tam olarak anlamış olsa bile, sağlık görevlisinin bir işlemi çocuğa açıklaması, açıklamayı ebeveyne yaptırmasından genellikle daha iyidir.', 12. maddede; 'Ebeveynler ne zaman isterlerse hastaneyi ziyaret etmelerine izin verilmelidir.' ifadelerinin olduğu görülmektedir. Bu maddelerin ölçekte ters çevrilen maddeler olduğu görülmektedir. Bu maddelere "katılıyorum" cevabının verilmesi hemşirelerin ebeveyn katılımını desteklediğini göstermektedir. Ancak bu çalışmada hemşirelerin bu maddelere "katılmıyorum" cevabını verdiği görülmektedir. Hemşirelerin bu sorulara katılmaması ülkemizde aile merkezli bakım anlayışının tam olarak yerleşmemesinden kaynaklanıyor olabilir. 'Ebeveynler ne zaman isterlerse hastaneyi ziyaret etmelerine izin verilmelidir' maddesine hemşireler katılmadıklarını

belirtmişlerdir. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun bu maddeye katılmaması henüz aile merkezli bakım anlayışını tam olarak benimsememelerinden olabilir.

Maddeler arası ilişki ne kadar yüksekse, ölçeğin o ölçüde tek boyutluluğunu, aynı zamanda maddelerin aynı özelliği ölçtüğünü ve toplanabilirliğini gösterir (66). Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nde, 1, 5, 7, 9, 11 ve 12. maddeler çıkarıldıktan sonra madde korelasyon sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı olması ölçeğin iç tutarlılığının sağlandığını göstermektedir. Bu sonuç ölçeğin, sağlık çalışanlarının ebeveyn katılımına karşı olan tutumlarını belirlemede kullanılabileceği şeklinde yorumlanabilir.

5.2.3. Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeğinin Test-Tekrar Test Güvenirliğinin İncelenmesi

Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin birinci ve ikinci puan ortalamaları $86,0 \pm 7,53$ ve $86,6 \pm 7,86$ 'dır. Bu sonuç hemşirelerin ebeveyn katılımını kabul edici tutum içinde olduklarını göstermektedir (Tablo 1).

Test-tekrar test güvenirliğinde en kritik yön, iki ölçme arasında bırakılması gereken zaman aralığıdır (64, 67, 74). İki ölçme arasında bırakılan zaman iki ile dört hafta arasında olmalıdır (64,67,70). Olası sınırlılıklarına karşın bir testin zamana göre değişmezliğinin en önemli ölçütü olan test-tekrar test tekniği, en sık kullanılan ve önerilen güvenirlilik göstergesidir (69). Çalışmada test-tekrar test, ilk uygulamadan üç hafta sonra yapılmıştır.

Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin güvenirlliğini ölçmede test-tekrar test güvenirlğine bakılmıştır (64, 72, 75, 76). Ölçeğin test-tekrar test arasındaki korelasyon değeri 0,98 olarak bulunması, tekrarlayan ölçümlerdeki sonuçların benzer olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, ölçeğin zamana karşı değişmez olduğunu göstermektedir.

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Sağlık personelinin hastanede yatan çocukların bakımına ebeveynlerin katılımıyla ilgili tutumlarını ölçen 'Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin' Türk literatürüne kazandırmak amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

Dil çevirileri yapılan ölçeğin iki dilde yazılmış olan formların dil eşdeğerliliğinin olduğu sonucuna varılmıştır.

Geri çeviri tekniği ile Türkçeleştirilen ölçek maddeleri için uzmanlar arasında görüş birliği olduğu ve içerik geçerliliğinin sağlandığını göstermiştir.

Ölçeğin iç tutarlık katsayısı örneklem grubu için iyi düzeydedir($\alpha=0,67$).

Ölçeğin test tekrar test arasında iyi düzeyde ilişki bulunmuştur($r=0,98$).

Ölçek maddelerinin madde toplam puan korelasyonları incelendiğinde, 1., 5., 7., 9., 11. ve 12. maddelerin 0,25 değerinin altında bulunmuş ve bu maddeler ölçekten çıkarılmıştır.

Analizler sonucunda 'Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin' Türkiye'de hemşirelerin ebeveyn katılımına yönelik tutumlarını incelemede geçerli ve güvenilir olarak kullanılabileceği görülmüştür.

6.2. Öneriler

Araştırma sonuçlarına göre;

- Ø Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği farklı çalışma alanlarında görev yapan sağlık personelinin temsil eden örneklem grubuna uygulanması,
- Ø Bu çalışmada elde edilen alfa değerinin orijinal ölçek alfa değerinden düşük çıkması nedeniyle farklı ve daha geniş kapsamlı örneklem gruplarına uygulanması ve ölçeğin iç tutarlık güvenirlik katsayısının ve madde toplam puan korelasyonunun tekrar incelenmesi,
- Ø Ölçeğin 1., 5., 7., 9., 11. ve 12. maddelerin r değerleri 0,25'in altında olduğundan, ölçeğin farklı gruplarda uygulanarak değişmezliğinin araştırılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

1. Hallström I, Runesson I, Elander G. Observed parental needs during their child's hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*, 2002; 17(2):April.
2. Rennick I. The changing profile of acute childhood illness: A need for the development of family nursing knowledge, *Journal of Advanced Nursing*, 1995;22: 258- 266.
3. Ahmann E, Johnson B.H. New guidance materials promote family-centered change in health care institutions. *Pediatric Nursing*. 2001;27(2): 173- 175.
4. Newton MS. Family-centered care: current realities in parent participation. *Pediatric Nursing*, 2000; 26(2):164- 168.
5. Palmer SJ. Care of sick children by parents: a meaningful role. *Journal of advanced nursing*, 1993; 18: 185- 191.
6. Griffin T. Facing challenges to family-centered care II: anger in the clinical setting. *Pediatric Nursing*, 2003; 29(3): 212- 214.
7. Weglarz M, Boland M. Family-centered nursing care of the perinatally infected mother and child living with HIV infection. *JSPN*, 2005; 10(4): 161- 170.
8. Shields AL, Mohay H, Bowlby J. ve ark. Theories, scientist and crusaders for improvements in the care of children in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 2001; 35(1): 50- 58.
9. Callery P, Smith L. A study of role negotiation between nurses and the parents of hospitalized children. *Journal of advanced nursing*, 1991;16: 772- 781.
10. Potts NL, Mandelco BL. *Pediatric Nursing Caring For Children and Their Families*, Delmar, 2002.
11. Erdemir F. Medikal ve sosyal olarak yüksek riskli yenidoğanın taburculuğu: multidisipliner değerlendirme ve planlama. 13. ulusal neonatoloji kongresi(UNEKO-13) ve yenidoğan hemşireliği kongresi Bildiri Özetleri Kitabı:420- 421, 2005, Kayseri.
12. Odle K. In My Opinion...Partnership for family-centered care: reality or fantasy?. *CHC*, Fall 1988; 17(2): 85- 86.
13. Gill KM. Health professionals' attitudes toward parent participation in hospitalized children's care. *Children's Health Care*, 1993; 22(4): 257- 271.
14. Evans MA. An investigation into the feasibility of parental participation in the nursing care of their children. *Journal of Advanced Nursing*, 1994;20: 477- 482.

15. Macnab AJ, Thiessen P, McLeod E. ve ark. Parent assessment of family-centered care practices in a children's hospital. *Children's Health Care*, 2000;29: 113- 128.
16. Letourneau NL, Elliott MR. Pediatric health care professionals' perceptions and practices of family-centered care. *Children's Health Care*, 1996; 25: 157- 174.
17. Hanson JL, Randall VF. Evaluating and improving the practice of family-centered care. *Pediatric Nursing*, 1999; 25(4): 445.
18. Lindeke LL, Leonard BJ, Presler B. et al. Family-centered care coordination for children with special needs across multiple settings. *Journal Pediatric Health Care*, 2002; 12: 290- 297.
19. Titone J, Cross R, Sileo M, et al. Taking family-centered care to a higher level on the heart and kidney unit. *Pediatric Nursing*, 2004; 30(6): 495- 498.
20. Galvin E, Boyers L, Schwartz PK. Et al. Challenging the precepts of family-centered care: testing a philosophy. *Pediatric Nursing*, 2000; 26(6): 625- 632.
21. Kitchen BE. Family-centered care: a case study. *JSPN*, 2005; 10(2): 93- 97.
22. Henneman EA, Cardin S. Family-centered critical care: a practical approach to making it happen. *Critical care nurse*, 2002; 22(6): 12- 19.
23. Çelebioğlu A. Yenidoğanın hastaneye kabulünde ebeveynlerin duyguları ve hemşirelik yaklaşımı. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*.2004; www.insanbilimleri.com, ISSN: 1303- 5134.
24. Broom M. Helping parents support their child pain. *Pediatric Nursing*, 2000;26(3): 315- 317.
25. Balling K, McCubbin M. Hospitalized children with chronic illness: parental caregiving needs and valuing parental expertise. *Journal of Pediatric Nursing*. 2001;16(2).
26. Stull M, Deatrck J. Measuring parental participation in the care of the hospitalized child. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 1986; 9(3):157- 165.
27. Ryan E, Steinmiller E. Modeling family-centered pediatric nursing care: strategies for shift report. *JSPN*, 2004; 9(4): 123- 134.
28. Ward K. Perceived needs of parents of critically ill infants in a neonatal intensive care unit. *Pediatric Nursing*, 2001;27(3): 281- 285.
29. American academy of pediatrics. Committee on hospital care. Family-centered care and pediatrician's role. *Pediatrics*. 2003;112: 691- 696.

30. Latour JM. Is family-centered care in critical care units that difficult? A view from Europe. *Nursing in Critical Care*, 2005;10(2): 51- 53.
31. Shields LA. The parent-staff interaction model of pediatric care. *Journal of Pediatric Nursing*, 2002; 17(6): 442- 449.
32. Daneman S, Macaluso J, Guzzetta CE. Health providers' attitudes toward parent participation in the care of the hospitalized child. *JSPN*, 2003; 8(3): 90- 98.
33. Petersen MF, Cohen J, Parsons V. Family-centered care: do we practice what we preach? *JOGNN*, 2004; 33: 421- 427.
34. Johnson A, Lindschau A. Staff attitudes toward parent participation in the care of children who are hospitalized. *Pediatric Nursing*, 1996; 22(2): 99.
35. Stratton KM. Parents experiences of their child's care during hospitalization. *Journal of Cultural Diversity*, 2004;11(1):4- 11.
36. Wong DL. *Nursing Care of Infants and Children*, Fifth edition, Mosby, 1995.
37. Holm KE, Patterson JM, Gurney JG. Parental involvement and family-centered care in the diagnostic and treatment phases of childhood cancer: results from a qualitative study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 2003; 20(6): 301- 313.
38. Ponte PR, Connor M, DeMarco R. et al. Linking patient and family centered care and patient safety: the next leap. *Nursing economics*, 2004; 22(4): 211- 215.
39. Coyne IT. Parent participation: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 1996;23: 733- 740.
40. Young J. Changing attitudes towards families of hospitalized children from 1935 to 1975: a case study. *Journal of Advanced Nursing*. 1992; 17: 1422- 1429.
41. Bradley SF. Processes in the creation and diffusion of nursing knowledge: an examination of the developing concept of family-centred care. *Journal of Advanced Nursing*, 1996;23: 722- 727.
42. VanderMeulen PR. In My Opinion...The parent as a member of the health care team? *Children's Health Care*, 1985; 14(1):12- 13.
43. Espezel HJE, Canam CJ. Parent-nurse interactions: care of hospitalized children. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 44(1): 34- 41.
44. Bruce B, Ritchie R. Nurses' practices and perceptions of family-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 1997;12: 214- 222.

45. Casey A. Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 1995; 22: 1058- 1062.
46. Lima G, Rocha MM, Scochi SG. ve ark. Involvement and fragmentation: A study of parental care of hospitalized children in Brazil. *Pediatric Nursing*, 2001;27(6): 559-564.
47. Schaffer P, Vaughn G, Kenner C, ve ark. Revision of a parent satisfaction survey based on the parent perspective. *Journal of Pediatric Nursing*, 2000;15(6): 373- 379.
48. Üstün B, Akgün E, Partlak N. Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi. Okullar Yayınevi, İzmir, 2005.
49. Pölkki T, Pietila AM, Julkunen KV. et al. Parental views on participation in their child's pain relief measures and recommendations to health care providers. *Journal of Pediatric Nursing*, 2002; 17(4): 270- 278.
50. Kristenson-Hallström I. Strategies for feeling secure influence parents' participation in care. *Journal of Clinical Nursing*, 1999; 8: 586- 592.
51. <http://www.familycanteredcore.org/fag.html>
52. <http://www.nccic.org/pubs/amcent/#intro>
53. Robb YR. Family nursing in intensive care part two: the needs of a family with a member in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 1998; 14: 203- 207.
54. Griffin T. Facing challenges to family-centered care I: conflicts over visitation. *Pediatric Nursing*, 2003; 29(2): 135- 137.
55. Kristenson-Hallström I, Elander G, Malmfors G. Increased parental participation in a paediatric surgical day-care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 1997; 6: 297–302.
56. Darbyshire P. Parents, nurses and paediatric nursing: a critical review. *Journal of advanced nursing*, 1993; 18: 1670- 1680.
57. Callery P. Caring for parents of hospitalized children: a hidden area of nursing. *Journal of Advanced Nursmg*, 1997; 26: 992- 998.
58. Coyne IT. Parental participation in care: a critical review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 1995; 21: 716- 722.
59. Saunders RP, Abraham MR, Crosby MJ, et al. Evaluation and development of potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units. *Pediatrics*, 2003; 111: 437- 449.

60. Mcklindon DD, Schlucter J. Parent and nurse partnership model for teaching therapeutic relationships. *Pediatric Nursing*, 2004; 30(5): 418- 420.
61. Skuladottir A, Thome M. Changes in infant sleep problems after a family-centered intervention. *Pediatric Nursing*, 2003; 29(5): 375- 378.
62. İşler A, Conk Z. Pediatriye aile merkezli bakım. *Ege Pediatri Bülteni*, 2006; 13(3): 187- 193
63. Öner N. Kültürlerarası ölçek uyarlamasında bir yöntembilim modeli, *Psikoloji Dergisi*, 1987: 6 (21); 80- 83.
64. Karasar N. *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. 10. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti. Ankara 2000;136- 153.
65. Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber I: Ölçek Uyarlama Aşamaları ve Dil Uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 2002; 4(1): 9- 14.
66. Özdamar K. *Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi*. Genişletilmiş 5. Baskı, Kaan Kitabevi. Eskişehir, 2004; 661- 673.
67. Wood G.L, Haber J. Reliability and validity. İn: Wood G.b., Haber J. *Nursing Research in Canada Methods, Critical Appraisal, and Utilization*. Mosby. First Canadian Edition, 2005; 329- 344.
68. Eser E. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Kültürel Uyarlaması. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, Kongre Öncesi Kurslar Kitabı, İzmir, 2007.
69. Erefe İ. Veri toplama araçlarının niteliği. İçinden: Erefe İ. (Ed). *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri*. Odak Ofset, İstanbul, 2002; 169- 188.
70. Ergin DY. Ölçeklerde Geçerlik ve Güvenirlik. M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 1995: 4; 125- 148.
71. Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K. *Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri*, 4. Baskı, Hatipoğlu Basım ve Yayım San. Tic. Ltd. Şti, Ankara, 2002.
72. Polit D.F, Hungler B.P. *Nursing Research: Principles and Methods*. Fourth Edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 2001; 597- 607.
73. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2003; (5)1: 3- 14.
74. Akgül A. *Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSS Uygulamaları*. İkinci Baskı. Ankara: Emek Ofset Ltd. Şti. 2003; 187- 224, 382- 385.

75. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2004: 30 (3); 211- 216.
76. Hovardaoğlu S, Sezgin N. Eğitim ve Psikolojide Ölçme Standartları. Amerikan Eğitim Araştırmaları Birliği, Amerikan Psikoloji Birliği, Eğitim Ölçümleri Uluslararası Konseyi. Türk Psikologlar Derneği Yayınları no:14, 1. Baskı, Ankara, 1998; 9- 31.

EKLER
EK 1

1. From: Gill,Kristine M [<mailto:kgill@uakron.edu>]
Sent: Tuesday, March 21, 2006 10:39 PM
To: AYFER ELÇIGIL
Subject: research permission

Dear Ms. Elcigil:

I realize I do not have your full address to mail a signed letter of permission to you. I have fax, phone and email addresses only. Please forward your mailing address and I will send the letter to you immediately. Dr. Gill

2. From: Gill,Kristine M [<mailto:kgill@uakron.edu>]
Sent: Tuesday, March 21, 2006 10:39 PM
To: AYFER ELCIGIL
Subject: RE: about the scale

Dear Ms. Elcigil:

I am sorry for not responding sooner; last week was very busy with my father's doctor appointments. There is nothing I can add to the information already sent about the PPAS scale. Cronbach's alpha reliability score was .7464 in the 1985 study and .7357 in the 1990 study. I do not have any subscale data. Nor do I have any data about the scale when used and analyzed by other researchers after my studies. I will send you a permission letter this week. Dr. Gill

3. From: Gill,Kristine M [<mailto:kgill@uakron.edu>]
Sent: Friday, April 21, 2006 6:35 PM
To: AYFER ELCIGIL
Subject: RE:

Dear Ms. Elcigil:

I do not have the information you are requesting about the subscales. That analysis was conducted only once and over 20 years ago; I no longer have that information.

As for the negative and positive items, the answer is based in guidelines and theory about parent participation and family-centered care. For example #1 is a negative when you agree with it, and #2 is a positive when you agree with it. That means the scoring of #1 will be 1 for A, 2 for a, 3 for un, 4 for d, 5 for D; scoring for #2 will be 5 for A, 4 for a, 3 for un, 2 for d, 1 for D. On this basis the positive items are: 2,3,5,7,9,14,16,19,20,21,23,24. The negative items are: 1,4,6,8,10,11,12,13,15,17,18,22.

I hope this helps. Spring is finally here and beautiful, hope you are enjoying Spring time also!

Best wishes, Kris Gill

EK 2



**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
ETİK KURUL KARARLARI**

Sayı: B.30,2.DEU.0.S2.00.00/748

Tarih: 03/05/2006

Etik Kurul Üyeleri

Prof.Dr.Gülseren
KOCAMAN(Başkan)
Prof.Dr.Zühal BAHAR(Başkan
Yrd.) Prof.Dr.Hülya
OKUMUŞ(üye) Doç.Dr.Besti
ÜSTÜN (üye)

Etik Kurul Sekreteri

Yard.Doç.Dr.M.Candan ÖZTÜRK

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK
YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Etik Kurulumuzun 23 Mayıs 2006 tarih ve 14/2/06 sayılı toplantısında, 499 kayıt numaralı evrak ile başvuran Yard.Doç.Dr. Ayfer ELÇİGİL'in danışmanlığını yürüttüğü Yüksek Lisans öğrencisi Saime ÖZBODUR'un "Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin Türkiye'deki Geçerlik Güvenirlik Çalışması" konulu araştırmasının uygulanmasında etik açıdan bir sakınca yoktur. Oy birliği ile kabul edilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN
Etik Kurul Başkanı

EK 3

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ İL
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

29.06.2006*048713

SAYI: Eğt.Şb.B.104.İSM.4350009/ 1331
KONU: Saime ÖZBODUR'un Tez Çalışması.

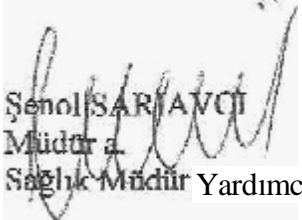
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK
YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

İZMİR

İLGİ: 02.06.2006 tarih ve 794 Sayılı yazınız.

Yüksekokulunuz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Saime ÖZBODUR'un 'Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin' Türkiye'deki Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" konulu araştırması İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiş olup, göndermiş olduğunuz tez örneğinin Ek 1 de bulunan demografik özellikler kısmındaki adı soyadı sorusu çıkarıldıktan sonra ilimiz Dr.Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 01 Eylül - 01 Kasım 2006 tarihleri arasında yapması uygun görülmüştür.

Müdürlüğümüz Hukuk Bürosunun yazışırım dikkate alınması ve araştırma sonucunun rapor halinde Müdürlüğümüz Eğitim Şubesine iletilmesi hususunda gereğini rica ederim.


Şenol SARIAVCI
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

EK 4

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI; Eğt.Şb.B.104.İSM.4350009/1330
KONU: Saime ÖZBODUR'un
Tez çalışması.

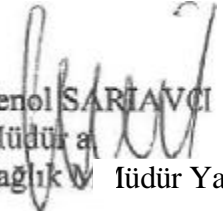
29,06.2006*048712

DR.BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ BAŞTABIPLIĞINE

İZMİR

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Saime ÖZBODUR'un "Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeğinin Türkiye'deki Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" konulu araştırması İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiştir. Adı geçen araştırmanın Hastanenizde 01 Eylül-01 Kasım 2006 tarihleri arasında yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.


Şenol SARIKAVCI
Müdür a
Sağlık W Müdür Yardımcısı

DAĞITIM: Tepecik Eğt. Ve Dr. Behçet Uz Çocuk Hast.

EK 5

T.C
TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ BAŞTABIPLIĞI- İZMİR

SAYI : Özel Kalem Birimi/B104ISMO

Konu : Saime ÖZBODUR'un tez çalışması

00/7541 07.06.2006

T.C
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
İZMİR

İlgi:06.06.2006 tarih. 42125 sayılı yazınız.

Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Saime ÖZBODUR'un " Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin Türkiye'deki Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" konulu araştırmayı Hastanenizde yapabilmesi Baştabipliğimizce uygun görülmektedir.

Prof.Dr. O. Gazi YİĞİTBAŞI
Baştabip

Bilgilerinize arz ederim.



06.06.2006 Özel Kalem Şefi H. ÇAĞLAR
06.06.2006 Hast. Müd. Yrd. M. Ali AKMISIR

Gaziler Cad. No:468 Yenışehir 35120 İZMİR
Tel: 232/4696969 Faks: 232/4330756
E-posta: tepecik eğitim h a isim gov tr.
Elektronik Ağ <http://www.tepecik-hastanesi.gov.tr>.

EK 6



TC
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

30/06/2006

SAYI : B.30.2.DEÜ.0.70.10.00- 471

KONU :

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK
YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 18.01.2006 tarih, 074 sayılı yazımız.

Yüksekokulunuz Yüksek Lisans Öğrencilerinden Saime ÖZBODUR'un "Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin Türkiye'deki Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" isimli çalışması ile ilgili etik kurul kararı görülmemiştir.

Çalışmanın etik kurul kararı alındıktan sonra Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında anket çalışmasını yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Sedat GHIENER
Başhekim

2

EK 7

T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastane Başhekimliği

Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi
SAYI :B.30.2.EGE.0.1H.00.04/H-253
KONU:

10/2/2006

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
MÜDÜRLÜĞÜNE**

İLGİ: 74 sayılı ve 18.01.2006 tarihli yazınız.

Yüksekokulunuz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yük Lisans öğrencilerinden Saime ÖZBODUR'un, danışmanlığını Yrd. Doç.Dr. Ayfer ELÇİĞİL'in yürüttüğü "Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin Türkiye'deki Geçerlilik Güvenirlilik Çalışması" isimli araştırmanın ölçeğini Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında yapmaları Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

Prof. Dr. Geylani ÖZOK
Başhekim

Hast.Başhemş. Belgin DANIŞ (



EK 8

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, 'Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin' Türkiye'deki Geçerlilik ve Güvenirliliği'ni saptamak amacıyla yapılmaktadır. Bu nedenle maddelerin her birine size en uygun gelen cevabı vererek değerlendirmeniz istenmektedir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Saime Özbodur

Dokuz Eylül Üniversitesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız:
2. Medeni durumunuz: Evli() Bekar()
3. Çocuğunuz var mı? Evet() Hayır()
4. Çalıştığınız hastane: Üniversite() Devlet()
5. Hemşire olarak kaç yıldır çalışıyorsunuz?
6. Klinik konumunuz
 - a. Başhemşire
 - b. Başhemşire yardımcısı
 - c. Servis sorumlusu
 - d. Hemşire
 - e. Poliklinik
7. Eğitim düzeyi
 - a. Sağlık Meslek Lisesi
 - b. Ön lisans
 - c. Üniversite
 - d. Yüksek lisans
 - e. Diğer
8. Çalıştığı servis
 - a. Dahili bakım
 - b. Cerrahi bakım
 - c. Yoğun bakım
 - d. Diğer. Yazınız

EK 9**EBEVEYN KATILIMI TUTUM ÖLÇEĞİ**

1. Kesinlikle katılmıyorum, 2. Katılmıyorum, 3. Belirsiz, 4. Katılıyorum, 5. Kesinlikle katılıyorum

	1	2	3	4	5
25. Ebeveynler belirlenmiş ziyaret saatlerini aşarsa, normal hastane rutini aksar.					
26. Sağlık personeli-hasta ilişkisi çoğu zaman ebeveynlerin katılımı ile artırılır.					
27. Eğer herhangi bir işlem ebeveyne sabırlı ve anlayışlı bir şekilde açıklanırsa, ebeveynler çocuğa daha iyi duygusal destek verebilirler.					
28. Çocuğun durumunda olumlu bir gelişme olursa, normal koşullar altında, aileye bilgi vermeye gerek yoktur.					
29. Röntgeni çekilirken ebeveynin çocuğun yanında bulunmasına izin vermek genellikle iyi bir uygulamadır.					
30. Omurilik sıvısı almak gibi, tıbben zor bir işlemi aileye anlatmak, kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamaz.					
31. Ebeveynler, terminal dönemdeki çocuklarının bakımına katılırlarsa, çocuklarının ölümünü kabullenmek daha kolay olacaktır.					
32. Çocukları ile kalmakta ısrar eden ebeveynler, genellikle, çok üzgün olanlardır.					
33. Ebeveynler ne zaman isterlerse hastaneyi ziyaret etmelerine izin verilmelidir.					
34. Çocuklarının durumu ile ilgili üzüntü belirtileri gösteren ebeveynlerin çocuklarını ziyaret etmelerine izin verilmemelidir.					
35. Ebeveyn işlemi tam olarak anlamış olsa bile, sağlık görevlisinin bir işlemi çocuğa açıklaması, açıklamayı ebeveyne yaptırmasından genellikle daha iyidir.					
36. Ölümün gerçekleşmesi durumunda, ebeveynlerin odada olmamaları genellikle daha iyidir.					
37. Çocuğun durumunda olumsuz bir gelişme olursa, normal koşullar altında, aileye bilgi vermeye gerek yoktur.					
38. Bir çocuğun ebeveyninin yanında olması genellikle onu çok rahatlatır.					
39. Genellikle gerekli önlemleri aldıktan sonra, ebeveynlerin röntgen odasında çocuklarına eşlik etmelerine izin verilmemelidir.					
40. Ebeveynler eğer evdeki maddi durumu uygun değil ise, hastanede kalmaları, ücretsiz yemek ve otobüs ücreti vs. gibi olanaklardan yararlanmaları için teşvik edilmelidir.					
41. Ebeveynlerin çoğu çocukları ile kalmanın onlar için ne zaman iyi ne zaman kötü olduğunun farkında değildirler.					
42. Normalde ebeveynlerin evde verebileceği bir ilaç olsa bile, her zaman sağlık personeli tarafından verilmelidir.					
43. Eğer birkaç gün içinde ölüm bekleniyorsa ve çocuğun bilinci açık ise, ebeveynler çocuklarıyla kalmaları için teşvik edilmelidir.					
44. Tıbbi açıdan kontrendikasyon yoksa ebeveynlerin çocuklarını kendilerinin beslemesi sağlık çalışanlarının beslemesinden daha iyidir.					
45. Sağlık çalışanlarının bilgilendirmesi ve gözetimi altında, ebeveynlerin çocuklarının basit pansuman değiştirme işlemlerini yerine getirmelerine izin verilmelidir.					
46. Genel olarak terminal vakalarda ebeveynlere tanı ve tanıya ilişkin girişimler söylenmemelidir.					
47. Enjeksiyon uygulamaları gibi çocuğun hareketlerinin kontrol altında tutulmasını gerektiren durumlarda, bir ebeveyn bu fonksiyonu yerine getirebilir.					
48. Ebeveynleri bakımlarına katıldığında, çocuklar hastaneye yatmayla daha iyi başa çıkabilir.					

EK 10

PARENT PARTICIPATION ATTITUDE SCALE-PPAS

1- Strongly disagree

2- Mildly disagree

3- Uncertain

4- Mildly agree

5- Strongly agree

Soru No	SORULAR	1	2	3	4	5
1	When parents beyond the scheduled visiting hours, the normal hospital routine is upset.					
2	The health professional-patient relationship is frequently enhanced by parental involvement					
3	If a given procedure is explained to a parent in a patient and understanding manner, the parent will be better able to give the child emotional support.					
4	It is not necessary, under usual circumstances, to inform parents if there is a positive change in the child's condition.					
5	It is generally good practice to allow a parent to accompany his or her child X-ray.					
6	Explaining a medically difficult procedure to a parent, such as a spinal tap, usually fails to make the parent feel more at ease.					
7	If parents are involved in the care of their terminally children, they will usually have an easier time adjusting to their death.					
8	The parents who insist on staying with their child are usually very upset persons.					
9	Parents should be allowed to visit the hospital whenever they wish.					
10	The parents who show visible signs of being upset over their child's condition should not be allowed to visit their child.					
11	It is usually better for the health professional to explain a procedure to a child than it is to have the parent do the explaining after having been instructed by the health professional, even if the parent is able to fully understand the procedure.					
12	When death occurs, it is usually better for the parents to be absent from the room.					
13	It is not necessary, under usual circumstances, to inform the parents if there is a negative chance in the child's condition.					
14	The presence of a child's parent is usually very comforting to him/her.					
15	Generally, parents should not be allowed to accompany their children into the X-ray room after having observed the necessary precautions.					
16	Parents should be encouraged to stay in the hospital through such means as free meals,					

	bus fare, etc., if the financial situation in the home is marginal.					
17	Most parents are not aware of when it is good for them to be with their child and when it is not.					
18	Health professionals should always give medication to children even if the medication is one which a parent would normally give in the home.					
19	If death is expected within a few days, and the child is conscious, parents should be encouraged to stay with their child.					
20	It is better for parents to feed their own baby than it is for the health Professional to do so, provided it is not medically contraindicated.					
21	Most parents should be allowed to change simple dressing provided they have been instructed by a health Professional and are under supervision.					
22	Generally, parents should not be told the diagnosis and implications of the diagnosis in terminal cases.					
23	In procedures in which the child needs to be restrained, such as in giving injections, a parent can often carry out this function.					
24	Children cope better with hospitalization when their parent(s) participate in their care.					