

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE AİLE
MERKEZLİ BAKIM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ**

NESLİHAN YILDIZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
PROF. DR. EMİNE GEÇKİL

KONYA 2019

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE AİLE
MERKEZLİ BAKIM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ**

NESLİHAN YILDIZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
PROF. DR. EMİNE GEÇKİL

KONYA 2019

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi NESLİHAN YILDIZ'ın “**Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Geliştirilmesi**” başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya, Türkiye / 11/06/2019

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Emine GEÇKİL

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Jüri Üyesi

Prof. Dr. Filiz HİSAR

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Jüri Üyesi

Prof. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN

Selçuk Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun .../.../201 tarih vesayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü

APPROVAL

We certify that we have read this dissertation entitled “**development of family-centered care scale in newborn intensive care units**” by “**Neslihan Yıldız**” that in our opinion it is fully adequate, in scope and quality, as dissertation for the degree of **Master of Science** in the Department of “Nursing”, Institute of Health Sciences, University of Necmettin Erbakan.

Konya, Türkiye / 11/06/2019

Principial Advisor

Prof. Dr. Emine GEÇKİL

Necmettin Erbakan University

Faculty of Nursing

Examination Committee Member

Prof. Dr. Filiz HİSAR

Necmettin Erbakan University

Faculty of Nursing

Examination Committee Member

Prof. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN

Selçuk University

Faculty of Nursing

This thesis has approved fort pense he University of Necmettin Erbakan Institute of Health Sciences.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Director of Institute of Health Sciences

TEZ BEYAN SAYFASI

BEYANAT

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki tüm bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih: 11/06/2019

Öğrencinin Adı Soyadı: Neslihan Yıldız

İmzası:

İNTİHAL RAPORU

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli B...

Gelen Kutusu | Görüntüleniyor: yeni ödevler ▼

Dosyayı Gönder Çevrimiçi Derecelendirme Raporu | Ödev ayarlarını düzenle | E-posta bildirmeyenler

<input type="checkbox"/>	Yazar	Başlık	Benzerlik	web	yayın	student papers	Puanla	cevap	Dosya	Ödev Numarası	Tarih
<input type="checkbox"/>	Neslihan Yıldız	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile ...	%16 %16 <input type="checkbox"/>	10%	10%	12%	-	-	ödev indir	1134380685	22-May-2019

TEŞEKKÜR SAYFASI

Yüksek lisans eğitiminin her aşamasında yol gösterici rolüyle desteklerini benden esirgemeyen saygıdeğer danışmanım Sayın Prof. Dr. Emine GEÇKİL'e,

Ölçek maddelerini oluştururken değerli görüşlerini benimle paylaşan uzmanlara,

Araştırmanın yapılmasına imkan sağlayan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitesi çalışanları ve hastane yönetimine,

Araştırmaya katılmayı kabul eden değerli annelere,

Benden hiçbir zaman maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen başta annem ve babam olmak üzere aileme,

Tez aşamasında beni anlayış ve sabırla destekleyen arkadaşım M. Emre AKKAŐ'a

Sonsuz Teşekkür Ederim.

İÇİNDEKİLER

<i>İç Kapak</i>	<i>i</i>
<i>Tez Onay Sayfası</i>	<i>ii</i>
<i>Tez Beyan Sayfası</i>	<i>iv</i>
<i>İntihal Raporu</i>	<i>v</i>
<i>Teşekkür Sayfası</i>	<i>vi</i>
<i>İçindekiler</i>	<i>vii</i>
<i>Kısaltmalar Ve Simgeler Listesi</i>	<i>x</i>
<i>Şekiller Listesi</i>	<i>xi</i>
<i>Tablolar Listesi</i>	<i>xii</i>
<i>Özet</i>	<i>xiii</i>
<i>Abstract</i>	<i>xiv</i>
1. GİRİŞ-AMAC	1
2. GENEL BİLGİLER	4
<i>2.1. Aile Merkezli Bakım Kavramı ve Tarihsel Gelişimi</i>	<i>4</i>
<i>2.2. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım</i>	<i>7</i>
<i>2.3. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakımın Yararları</i>	<i>9</i>
<i>2.3.1. Aileye Sağladığı Yararlar</i>	<i>9</i>
<i>2.3.2. Bebeğe Sağladığı Yararlar</i>	<i>10</i>
<i>2.3.3. Sağlık Personeline Sağladığı Yararlar</i>	<i>11</i>
<i>2.4. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakımın Uygulamasında Karşılaşılan Güçlükler</i>	<i>11</i>
<i>2.5. Aile Merkezli Bakımı Geliştirme Stratejileri ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım Uygulamasında Hemşirenin Rollerini</i>	<i>12</i>
<i>2.6. Pediatri Kliniklerinde ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakımın Değerlendirilmesi</i>	<i>15</i>

3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	17
3.1. Araştırmanın Tipi.....	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	19
3.3. Araştırmanın Evreni.....	19
3.4. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi	19
3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	19
3.6. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması.....	19
3.6.1. Veri Toplama Araçları	20
3.6.1.1. Anne ve Bebek Bilgi Formu	20
3.6.1.2. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği (YAMBÖ)	20
3.6.2 Verilerin Toplanması.....	21
3.7 Araştırmanın Değişkenleri	22
3.7.1. Tanımlayıcı Değişkenler.....	22
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	22
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	22
3.10. Araştırma Soruları	23
3.11. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	23
4. BULGULAR.....	23
4.1. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular	25
4.2. Geçerlik Analizlerine İlişkin Bulgular	29
4.3. Güvenirlik Analizine İlişkin Bulgular	39
5. TARTIŞMA.....	43
5.1. Geçerlik Analizine İlişkin Bulguların Tartışılması	43
5.2. Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	48
6. SONUÇLAR.....	51
7. ÖNERİLER.....	53

8. KAYNAKLAR	54
9. EKLER.....	58
<i>EK-A: Uzman Görüşü Alınan Hocaların Listesi</i>	<i>58</i>
<i>EK-B: Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği (48 maddelik taslak ölçek).....</i>	<i>59</i>
<i>EK-C: Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği (36 maddelik taslak ölçek).....</i>	<i>61</i>
<i>EK-D: Anne Bilgi Formu</i>	<i>63</i>
<i>EK-E: Yenidoğan Bilgi Formu</i>	<i>65</i>
<i>EK-F: Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği (29 maddelik).....</i>	<i>66</i>
<i>EK-G: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Kararı.....</i>	<i>67</i>
<i>EK-H: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kurum İzni</i>	<i>69</i>
<i>EK-I: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kurum İzni</i>	<i>70</i>
<i>EK-İ: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kurum İzni.....</i>	<i>71</i>
<i>EK-J: Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kurum İzni.....</i>	<i>72</i>
<i>EK-K: Bilgilendirilmiş Onam Formu</i>	<i>73</i>
<i>EK-L: Paralel Ölçek Olarak Kullanılan Aile Merkezli Bakım Ölçeği Kullanım İzni</i>	<i>74</i>
<i>EK-M: Aile Merkezli Bakım Ölçeği.....</i>	<i>75</i>
10. ÖZGEÇMİŞ	76

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

AMB: Aile Merkezli Bakım

YYBÜ: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

YAMBÖ: Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği

AMBÖ: Aile Merkezli Bakım Ölçeği

AFA: Açımlayıcı Faktör Analizi

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

KGİ: Kapsam Geçerlik İndeksi

OG: Orogastrik

NG: Nazogastrik

KMO: Kaiser-Meyer Olkin

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.2.1: Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği Öz Değer Çizgi Grafiği (Scree Plot).....	35
Şekil 4.2.2. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları: Yol Katsayıları ve Hata Varyansları.....	38

TABLolar LİSTESİ

Tablo 3.1. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği Maddelerinin Faktörlere Dağılımı ve Çıkarılan Maddeler.....	21
Tablo 3.2. Ölçek Geliştirme Aşamaları (Geçerlik - Güvenirlik).....	24
Tablo 4.1.1. Annelerin Tanımlayıcı Özellikleri	26
Tablo 4.1.2. Bebeğin Tanımlayıcı Özellikleri	28
Tablo 4.2.1. Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesine Göre Madde ve Ölçek Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ).....	30
Tablo 4.2.2. Verilerin Faktör Analizi İçin Uygunluğunun İncelenmesi	31
Tablo 4.2.3. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları	32
Tablo 4.2.4. Maddelerin Faktör Yapısı ve Faktör Yükleri.....	34
Tablo 4.2.5. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği ve Alt Boyutlarının Yapısı	35
Tablo 4.2.6. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği ve Aile Merkezli Bakım Ölçeği Arasındaki İlişki	36
Tablo 4.2.7. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyumluluk Değerleri	37
Tablo 4.3.1. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği ve Alt Boyutlarının Madde-Toplam Puan Korelasyonları.....	40
Tablo 4.3.2. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Toplam Ölçek Puanları ile Korelasyonu	41
Tablo 4.3.3. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları	41
Tablo 4.3.4. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Test-Tekrar Test Puan Ortalamalarının Korelasyonları	42

ÖZET

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Geliştirilmesi

Neslihan Yıldız

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2019

Çalışma Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım Ölçeği geliştirmek, geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla metodolojik tipte yapıldı.

Araştırmanın evrenini Ekim 2017- Haziran 2018 tarihleri arasında Konya il merkezinde bulunan iki devlet hastanesi ve iki üniversite hastanesinin yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde bebeği yatan, bebeğinin bakımına en az üç kez katılmış anneler oluşturdu. Araştırmanın örneklemini Açıklayıcı Faktör Analizi aşamasında 244, Doğrulayıcı Faktör Analizi aşamasında 240 anneden oluştu. Verilerin toplanması aşamasında anne ve bebeğe ait bilgi formu ve geliştirilmesi planlanan Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği kullanıldı. Veriler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Açıklayıcı Faktör Analizi ve Doğrulayıcı Faktör Analizi testleri ile analiz edildi.

Taslak ölçek 48 maddeden oluştu, uzman görüş sonrasında kapsam geçerliği düşük olan 12 madde atıldı. Kalan 36 maddelik ölçeğin Kapsam Geçerlik İndeksi değeri 0.95, Kaiser-Meyer Olkin değeri .92, Bartlett sonucu ileri derecede anlamlı bulundu. Faktör analizi sonucunda 29 maddelik 4 alt boyutlu bir ölçek elde edildi. Dört faktörlü yapı toplam varyansın %53.23'ünü açıkladı. Madde faktör yükleri .51 - .77 arasında bulundu. Alt boyutlara dağılan maddelerin kuramsal yapıyla uyumlu olduğu görüldü. Ölçeğin alt boyutları itibar ve saygı (7 madde), bilgi paylaşımı (9 madde), bakıma katılma (5 madde) ve aile ile işbirliği (8 madde) şeklinde adlandırıldı. Geliştirilen Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin dış ölçüt geçerliği korelasyon katsayısı .802, test tekrar test güvenilirlik katsayısı .758, toplam Cronbach alfa değeri .93, Doğrulayıcı Faktör Analizinde RMSEA değeri .075, SRMR değeri .085, CFI değeri .96, NNFI değeri .95, GFI değeri .80 bulundu ve yapının uyum gösterdiği saptandı.

Sonuç olarak bu çalışmada geliştirilen Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu görüldü. Ölçeğin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde yatan bebeklerin aldıkları bakımın aile merkezli bakım yönünden değerlendirilmesinde kullanılabileceği ve yenidoğan ünitelerinde aile merkezli bakımın geliştirilmesine katkı sunacağı düşünüldü.

Anahtar Sözcükler: Aile Merkezli Bakım; Geçerlik; Güvenirlik; Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği

ABSTRACT

REPUCLIC of TURKEY

NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Development of Family-Centered Care Scale in Newborn Intensive Care Units

Neslihan YILDIZ

Department of Nursing

MASTER'S THESIS / KONYA-2019

The study was conducted in the methodological type in order to develop the Family Centered Care Scale in Newborn Intensive Care Units and to test its validity and reliability.

The subject of the study consisted of mothers whose infants were hospitalized in the neonatal intensive care units of two state hospitals and two university hospitals located in the city center of Konya between October 2017 and June 2018 and who were admitted to the care of their babies at least three times. The sample of the study consisted of 244 mothers in the Exploratory Factor Analysis phase and 240 mothers in the Confirmatory Factor Analysis phase. Information form for mother and baby and Newborn Family-Centered Care Scale, which is planned to be developed, were used in data collection stage. Data were analyzed by number, percentage, mean, standard deviation, exploratory factor analysis, confirmatory factor analysis.

The draft scale consisted of 48 items, after the expert opinion, 12 items with low validity were discarded. Scope Validity Index of the remaining 36 item scale was .95 Kaiser-Meyer Olkin measure .92 and Bartlett's test results were found to be highly significant. As a result of factor analysis, a 29-item 4 sub-dimensional scale was obtained. Four-factor structure explained 53.23% of the total variance. Item factor loadings were found between .51 and .77. It was seen that substances distributed to the sub-dimensions were compatible with the theoretical structure. The sub-dimensions of the scale were named: reputation and respect (7 items), information sharing (9 items), maintenance (5 items) and cooperation with the family (8 items). In the developed newborn family centered care scale, the correlation coefficient was .802, the test-retest reliability coefficient was .758, the total Cronbach alpha value was .93, the RMSEA value in the confirmatory factor analysis .075, the SRMR value .085, the CFI value .96, the NNFI value .95, GFI value was found .80 and the structure was determined to be compatible.

As a result, it was seen that the Newborn Family Centered Care Scale developed in this study was a valid and reliable measurement tool. It was thought that the scale could be used to evaluate the care of the infants in Newborn Care Units in terms of family-centered care and contribute to the development of family-centered care in newborn units.

Key Words: Family Centered Care, Validity, Reliability, Newborn Family-Centered Care Scale

1. GİRİŞ-AMAC

Aile ilk toplumsallaşma sürecini oluşturan, toplumun sürekliliğini sağlayan, karşılıklı ilişkileri ve duygusal bağları olan, kültürü kuşaktan kuşağa aktaran, biyolojik, psikolojik, ekonomik, sosyal ve hukuksal yönleri bulunan bir açık sistem olarak ele alınabilir (Conk ve ark. 2018; Hallaç ve Öz 2014). Aile üyelerinden birinin ya da çocuğun hastalanması ve hastaneye yatması bu açık sistemi ve dolayısıyla tüm aile üyelerini etkilemektedir (Conk ve ark. 2018). Ne var ki 1960'lı yıllara kadar sağlık çalışanları çocukları aileden ayrı olarak düşünmüşler ve hastanede yatan çocuğun bakımında aileyi göz ardı etmişlerdir. 1970 ve 1980'li yıllardan itibaren ailenin çocuklarının bakımına katılması görüşü hastanede yatan çocukları olumlu yönde etkilemiştir ve 1990'lı yıllarda aile merkezli bakım felsefesi benimsenmeye başlanmıştır (Aykanat ve Gözen 2014; Shirazi ve ark. 2015). Günümüzde çocukların aileleriyle birlikte ele alındığı aile merkezli hemşirelik bakımı pediatri hemşireliğinin en önemli bileşenlerinden birisi haline gelmiştir (Boztepe 2009).

Aile Merkezli Bakım (AMB), bebek/çocuk ve ailenin fiziksel, duygusal, sosyal, entelektüel, kültürel ve spiritüel yönleri ile birlikte ele alındığı bütüncül bir bakım yaklaşımıdır (Harrison 2009; Törüner ve Büyükgönenç 2011; Aykanat ve Gözen 2014; Dur ve ark. 2016). AMB, bebeğin/çocuğun tedavi ve taburculuk sürecinde ebeveynleri yaşamın merkezine alan bir bakım felsefesi ile ortaya çıkmıştır (Shelton ve ark. 1987). AMB'de amaç bebek/çocuk ve ailesi arasındaki bağları koparmamak, bebeğin/çocuğun bakımında ailenin etkin rol almasını sağlamak böylece hastaneye yatışın olumsuz etkilerini en aza indirmektir (Kain ve ark. 2007; Çavuşoğlu 2013; Aykanat ve Gözen 2014). AMB'de ailelerin ve sağlık profesyonellerinin sürekli bir işbirliği içerisinde olması önemlidir (Cockcroft 2011).

Bebeğin sağlıklı bir şekilde doğmasıyla ebeveynler bebeklerinin bakımını üstlenirler ve onların tüm gereksinimlerini karşılarlar (Er 2006). Ancak sağlık sorunu olan veya gelişimini tamamlamadan doğan bebekler ailelerinden ayrılarak yenidoğan ünitelerine yatırılır (Konukbay ve Arslan 2011). 1960'lı yıllarda prematüre ve sağlık sorunu olan bebekler için yapılabilecekler sınırlıyken, 1970'li yıllarda Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin (YYBÜ) kurulmasıyla birlikte bebeklere sunulan sağlık hizmetleri genişlemiştir (Erdeve 2009). Ancak YYBÜ başlangıçta ailenin ihtiyaçlarını karşılayacak AMB'ye izin verecek düzeyde planlanmamıştır. Daha

sonraları yenidoğan ünitelerinin bebeğin nörogelişimini ve aile-bebek arasındaki iletişimi destekleyecek şekilde yeniden yapılandırılması gerekmiştir. Bugün aileye ve bebeğe özel oda tasarımlarına kadar giden bu düzenlemeler yenidoğanda AMB'ye olanak sağlamaktadır (Harrison 1993; Er 2006; Beck ve ark. 2009; Erdeve 2009; Özyazıcıoğlu ve Güdücü Tüfekci 2009).

AMB ile ilgili olarak yapılan araştırmalar yenidoğanlarda AMB'nin bebek, ebeveyn ve sağlık personeli üzerinde olumlu etkiler yarattığını göstermektedir (Riper 2011; Uludağ ve Ünlüoğlu 2012; Gill ve ark. 2014; Raiskila ve ark. 2014). Riper'in (2011) 55 prematüre bebek annesi ile yaptığı çalışmada ailelerin katılmadıkları bakımdan daha az tatmin oldukları, AMB uygulandığında psikolojik olarak kendilerini daha iyi hissettiklerini ve bakımdan memnun olduklarını belirtmişlerdir. Raiskila ve ark. (2014), farklı yıllarda (2001-2012 arası) 295 preterm bebek ailesi üzerinde yaptığı araştırmanın sonucunda, ailenin bakıma katıldığı bebeklerde kilo alımının olumlu yönde olduğunu bulmuşlardır. Uludağ ve Ünlüoğlu'nun (2012), yaptığı çalışmanın sonucuna göre doğru ve yeterli düzeyde bilgilendirme yapılan ailelerin stres düzeyinin bilgilendirme yapılmayan ailelere göre daha az olduğu belirlenmiştir. Taş Arslan ve Turgut'un (2013), 102 prematüre bebek annesi ile yaptığı çalışmada, annelerin sırasıyla en çok bebek banyosu, sonrasında pamukçuk, besleme, tanı ve kucağa alma konularında yetersiz hissettikleri bulunmuş ve AMB'nin önemine dikkat çekilmiştir. Çalışır ve ark. (2008), yaptığı çalışmada bebeği YYBÜ'de yatan annelerin babalara göre daha stresli olduğu, annelerin bebeklerine bakan hemşirelerle konuşmaya, babaların ise bebeklerini ziyaret etmeye daha fazla ihtiyaç duydukları belirlenmiştir.

Yapılan çalışmalarda AMB'nin çocuk/bebek, ebeveynler ve sağlık çalışanları üzerinde olumlu etkiler sağladığını, sağlık çalışanlarının AMB'nin önemli ve gerekli olduğunu savunduklarını, fakat bu bakım modelinin uygulamada yeterli olmadığı görülmektedir (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009; Erdeve 2009; Karabudak ve ark. 2010; Latour ve ark. 2012; Aykanat ve Gözen 2014; Öztürk ve Ayar 2014). Bu nedenle yenidoğan ünitelerinde AMB'nin değerlendirilmesi ve geliştirilmesine yönelik çalışmalara gereksinim bulunmaktadır. Alves ve ark. (2016) YYBÜ'de ailelerin gereksinimlerini belirlemeye yönelik bir envanter geliştirmişlerdir. Ancak literatürde YYBÜ'de AMB'nin değerlendirilmesini sağlayacak bir ölçüm aracına

ulaşabildiğimiz kadar rastlanmıştır. Bu araştırma Yenidoğan Aile Merkezli Bakım leği (YAMB) geliştirilerek geçerlik ve güvenirliğinin test edilmesi amacıyla planlanmıştır. Geliştirilmesi planlanan ölçek ile YYBÜ’de yatan bebeklerin aldıkları bakımın AMB yönünden değerlendirilmesi ve yenidoğan nitelerinde AMB’nin geliştirilmesine katkı sunacağı düşünülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Merkezli Bakım Kavramı ve Tarihsel Gelişimi

Aile, çocuğun yetiştirilmesinde ve toplum içerisindeki ilişkilerinde önemli bir yer tutar (Yavaş Çelik 2018). Aile ve çocuk arasındaki ilişkinin çocuk hastanede yatarken de aralıksız bir şekilde devam etmesi tedavi açısından önem taşır (Tosun ve Güdücü Tüfekci 2015; Yavaş Çelik 2018). Çocuğun hastaneye yatışının çocuk ve aile üzerinde olumsuz etkilerini en aza indirmek adına yapılan çalışmalar AMB kavramının ortaya çıkmasını sağlamıştır (Tosun ve Güdücü Tüfekci 2015). AMB hastaneye yatışın tüm aşamalarında sağlık çalışanları ve ailenin sürekli işbirliği içerisinde olmasını gerektirdiğinden (Atay ve ark. 2011) pediatride önemli bir kavram haline gelmiştir (Boztepe 2009).

AMB; çocuk ve ailenin fiziksel, duygusal, sosyal, entelektüel, kültürel ve spiritüel yönlerden bir bütün olarak ele alındığı bakım yaklaşımıdır (Harrison 2009; Törüner ve Büyükgönenç 2011; Aykanat ve Gözen 2014; Dur ve ark. 2016). Bir başka deyişle AMB, ailenin bakımın planlanmasında, uygulanmasında ve değerlendirilmesinde aktif rol oynaması ve çocuğun bakımında sağlık çalışanı kadar söz sahibi olması olarak tanımlanabilir (Conk ve ark. 2018; Tosun ve Güdücü Tüfekci 2015; Kaya ve ark. 2016). AMB, aileyi çocuğun/bebeğin hayatında merkez olarak kabul eder (Günay ve Polat 2017), aileye saygı duyar, onları destekler, hastalık ve iyileşme döneminde çocuğun/bebeğin normal yaşamını geliştirir (Özkan ve Taş Arslan 2018). AMB uygulamalarında ailenin çocuklarının yanında olması çocuk ve ailenin kaygı düzeyini azaltırken tedavi sürecini olumlu yönde etkilemektedir (Atay ve ark. 2011; Yavaş Çelik 2018). AMB'nin çocukların hospitalizasyon sürecini kolaylaştırdığını, hastanede kalış süresini kısalttığını (Altıparmak ve Taş Arslan 2016), ağrıyı tolere etmeyi kolaylaştırdığını, ailenin bakımdan memnuniyetini artırdığını ve ebeveynlerin çocuklarına bakım verme yeterliliğini geliştirdiğini, aile ve çocuk arasındaki bağı güçlendirdiğini göstermektedir (Yavaş Çelik 2018).

AMB'nin amacı çocuk ve aile arasındaki bağları koparmamak, çocuğun bakımında ailenin etkili olmasını sağlamak ve hastaneye yatışın olumsuz etkilerini

önlemek ya da en aza indirmeye çalışmaktır (Kain ve ark. 2007; Çavuşoğlu 2013; Aykanat ve Gözen 2014).

AMB 18. ve 19. yüzyıla kadar uzanmaktadır (Shields ve Tanner 2004). İkinci dünya savaşı sırasında enfeksiyon kaynaklı hastalıkların artmasıyla, bunları önlemek adına aile ziyaretleri sınırlandırılmıştır (Jolley ve Shields 2009). AMB kökeni çok eskiye dayanmakla birlikte 1960'lı yıllara kadar sağlık çalışanları çocukları aileden ayrı olarak düşünmüşlerdir (Boztepe 2008; Aykanat ve Gözen 2014; Yavaş Çelik 2018). Bu durum da uzun süreli hastaneye yatışlarda çocukları kötü etkilemiş ve anne bebek bağlılığının da oluşmasına engel olmuştur (Aykanat ve Gözen 2014; Öztürk ve Ayar 2014).

Çocuğun hastane ortamında tek başına bulunmasının kötü sonuçlar doğurabileceği ilk defa Florance Blake tarafından 1954 yılında ortaya atılmıştır (Aykanat ve Gözen 2014). John Bowlby ve James Robertson, anne-çocuk ayrılığının olumsuz sonuçları hakkında 1950'li yıllarda bir kuram geliştirmişlerdir (Robertson ve Bowlby 1952; Shields ve Mohay 2001). James Robertson, 1953 yılında "İki yaşındaki çocuk hastaneye gidiyor" ve "Hastaneye anneyle gitmek" adlı filmlerinde ve 1958 yılında yayınladığı "Küçük çocuklar hastanede" kitabında hastaneye yatan çocukta aileden ayrılmaya bağlı oluşan stres ve acının iyileşme sürecini uzattığı görüşünü belirtmiştir (Jolley ve Shields 2009). Bu gelişmelerin yaşandığı dönemde İngiltere'de Sağlık Bakanlığı tarafından (1959) 55 önerili Platt Raporu oluşturulmuştur (Boztepe 2008; Davies 2010). Platt Raporu ile hastanede yatan çocuğun bakımında ailenin söz sahibi olması önem kazanmıştır (Davies 2010; Öztürk ve Ayar 2014). Bu raporda ziyaret saatlerinin düzenlenmesi, annelerin çocuklarının yanında kalabilmesi, hastanede her yaş grubundaki çocuğa göre oyun aktivitelerinin sağlanması, sağlık personelinin yeterli eğitiminin olması gibi konular vurgulanırken uygulamanın işlerlik kazanması zaman almıştır (Boztepe 2008; Davies 2010).

AMB dört ana kavram üzerinde durmaktadır. Bunlar;

1) İtibar ve saygı; sağlık çalışanı ailenin kültürel, dini, sosyal ve ekonomik özelliklerine saygı duyar ve ailenin özelliklerini göz önüne alarak bunu bakıma uygular.

2) **Bilgi paylaşımı;** sağlık çalışanları bakım verdikleri kişi ile ilgili bilgileri aile ile tam, düzenli ve doğru bir şekilde paylaşır.

3) **Bakıma katılma;** aile bakımında yer alması ve söz sahibi olması için cesaretlendirilir.

4) **Aile ile iş birliği;** aile bakım ile ilgili programların geliştirilmesinde söz sahibi olmalıdır (Erdeve 2009; Gooding ve ark. 2011; Öztürk ve Ayar 2014).

Günümüzde yenidoğan yoğun bakım anlayışında aile ve sağlık ekibi arasında işbirliğini artıran organizasyonlar üzerinde durulmaktadır (Erdeve 2009). Bunlar, bebeğin sürekli bakımında aileye yer vermek, taburculuk sürecini hızlandırmak ve bebek aile arasındaki bağı güçlendirebilmektir. (Özkan ve Taş Arslan 2018).

1993 yılında Amerikan Pediatri Akademisi ailelerin görüşlerini de göz önünde bulundurarak AMB'nin 10 temel ilkesini yayınlamıştır (Statement 2003). Bunlar;

1. AMB, aile ve sağlık personeli arasında açık ve dürüst işbirliğine dayanmaktadır.
2. Aileler profesyonel ekiple birlikte karar verme mekanizmasının içinde yer alabilmelidirler.
3. Yüksek mortalite ve morbidite, ağırlı uygulamalarda ve tartışmalı konularda ailenin karar verme hakkı olmalıdır.
4. Riskli gebelikler hakkında ailelere gerekli ve yeterli bilgiler verilmeli ve aileye bu konu hakkında söz hakkı verilmelidir.
5. Bebek ve çocuğun ağrısını azaltmak ve onlara en uygun ortamı sağlamak için aile ve sağlık profesyonelleri birlikte hareket etmelidirler.
6. Bebeğe ve çocuğa uygulanan girişimlerde aile ve sağlık profesyonelleri birlikte hareket etmelidir.
7. Aileler ve sağlık profesyonelleri hayatta kalan yüksek riskli yenidoğan bebeklerin uzun süre takibinde birlikte hareket etmelidirler ve uygun çevreyi sağlamalıdır.
8. Ailenin bebek ve çocuk bakımında en üst düzeyde rol alması için aile ve sağlık profesyonelleri birlikte çalışmalıdırlar.

9. Taburcu olan bebeklerin ve çocukların takiplerinde herhangi bir sorun yaşanmaması için aile ve sağlık profesyonelleri birlikte hareket etmelidirler.
10. Sağlık profesyonelleri yetersiz tedavinin zararlı olduğunu bildiği gibi fazla tedavinin de zararlı olduğunun bilincinde olup ona göre hareket etmelidir.

(Harrison 1993; Statement 2003; Boztepe 2009; Erdeve 2009; Gooding ve ark. 2011; Latour ve ark. 2012; Aykanat ve Gözen 2014).

2.2. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım

Doğumların 1940'lı yıllardan sonra evden hastaneye doğru kayması sağlıklı yenidoğan bebeklerin bile annelerinden ayrı olarak bir arada tutuldukları 'bakım merkezleri' kavramının ortaya çıkmasına sebep olmuştur (Erdeve 2009). Öte yandan sağlık sorunu olan yenidoğanlar için ise 1970'li yıllarda YYBÜ'ler kurulmaya başlanmıştır (Erdeve 2009). Bu dönemlerde aileler enfeksiyon kaynağı olarak görülmüş, bebeklerden uzaklaştırılmış ve bebeklerin bütün bakımları hemşireler tarafından üstlenilmiştir. Aileler bebeklerini sadece taburculuk sırasında görebilmişlerdir (Boztepe 2008; Erdeve 2009). Bu durumun ileriki dönemlerde bebeklerde nörogelişimsel sorunlara yol açtığı fark edilmiştir (Flacking ve ark. 2012). Ayrıca ailelerin bebeklerden uzaklaştırılmasının anne-bebek bağına da olumsuz etkilediği belirlenmiştir (Çalışır ve ark. 2008; Flacking ve ark. 2012). Hem anne bebek bağlanmasının güçlendirilmesi hem yenidoğanın nörogelişimsel sorunlarının azaltılması hem de tedavi sürecini hızlandırılması için 1990'lı yıllardan sonra AMB felsefesi benimsenmeye başlanmış ve hastaneler kapılarını ailelere açmaya başlamışlardır (Erdeve 2009; Aykanat ve Gözen 2014; Shirazi ve ark. 2015).

YYBÜ'nin ilk kurulma sürecinde ünitenin dizaynı ailenin gereksinimlerini karşılayacak düzeyde planlanmamıştı. Ancak AMB felsefesinin gelişmesiyle YYBÜ'nün aile, bebek ve çalışanların gereksinimleri göz önüne alınarak yeniden yapılandırılmaya başlanmıştır (Erdeve 2009). Bebeğe özel odaların bazı yenidoğan hastaları için olması gerekmektedir. Bebeğe özel bir odanın bulunması bebek ve aile için oldukça yararlıdır (White 2003). YYBÜ'de ailelerin bebekleri ile kalabilecek odaların olması sağlık personellerinin bebek bakımını aileye devretmesiyle iş yükünü azaltmaktadır (Erdeve 2009). Beck ve arkadaşları bebeğe ve aileye özel odaların tasarlanmasının AMB'yi geliştirdiğini belirtmektedir (Beck ve ark. 2009). Ayrıca

aileye ve bebeğe özel oda tasarımlarının hastane kaynaklı enfeksiyonları azalttığı (Erdeve 2009) ve aile bebek bağlılığını artırdığı görülmüştür (Beck ve ark. 2009). Bebeğe özel odanın ideal tasarımı “bir aile, bir oda” şeklindedir. Ancak bu durum sağlık personelinin bebekler üzerinde kontrol sağlayamama gibi bir takım zorlukları da beraberinde getirmektedir (White 2003).

Prematüre bebeklerin hastaneye anne ile birlikte yatışı, annelerin bilgi ve tecrübelerini artırırken, anne bebek bağlılığını da güçlendirmektedir (Erdeve 2009; Flacking ve ark. 2012; Taş Arslan ve Turgut 2013). Bakıma ortak olan ailelerde yenidoğan çalışanlarına karşı güven duygusunun geliştiği, stres düzeyinin ise azaldığı görülmektedir. Bütün bunlar bebeğe sunulan bakımın kalitesini artırarak bebeğin gelişimini olumlu etkilemektedir (Harrison 1993; Erdeve 2009; Atay ve ark. 2011).

Yenidoğan yoğun bakım merkezlerinde AMB felsefesini geliştirmek için yapılacaklar;

- Aile ilk yatışta saygılı ve güler yüzlü bir şekilde karşılanmalıdır.
- Ailelerin bebekleri ile ilgili gözlemleri dikkate alınmalıdır.
- Ailelere bebek bakımına ilişkin eğitim verilmelidir.
- Aileye bilgi verilirken tıbbi terimlerden kaçınılmalıdır.
- Bebeğin sağlık durumu ile ilgili aile ile iletişim halinde olunmalıdır.
- Aileler bebeğine dokunmaları ve bakıma katılmaları konusunda desteklenmelidir.
- Klinikte sadece bebeklerin değil ailelerin de ihtiyaçları dikkate alınmalıdır.
- Ekip ve aile arasında iletişimin etkili olabilmesi için, karşılıklı saygı ortamı oluşturulmalıdır.
- Hemşire sayısı hasta oranına uygun olmalıdır.

(Erdeve 2009; Özyazıcıoğlu ve Güdücü Tüfekçi 2009; Cockcroft 2011).

YYBÜ’de AMB’nin özelliklerini aşağıdaki gibi sıralayabiliriz;

- Hizmet sistemleri değişirken ailenin çocuğun yaşamında her zaman var olduğunun farkında olunması.
- Aile ve sağlık personeli arasındaki iletişimi kolaylaştırmak.

- Ailenin dini, sosyal, etnik, kültürel özelliklerinin dikkate alınması.
- Ailenin gücünün ve baş etme becerilerinin farkına varılması.
- Aileyi destekleyici olmak ve bilgi paylaşımı yapmak.
- Sağlık bakım sisteminde çocuk ve ailenin gelişimsel gereksinimlerinin farkına varmak.
- Ailenin gereksinimleri için duygusal ve finansal destek sağlayan programları geliştirmek (Törüner ve Büyükgönenç 2011).

2.3. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakımın Yararları

YYBÜ’de AMB’nin yararları aileye, bebeğe ve sağlık personeline sağladığı yararlar şeklinde üç başlık altında incelenebilir (Boztepe 2008; Öztürk ve Ayar 2014; Yavaş Çelik 2018).

2.3.1. Aileye Sağladığı Yararlar

AMB uygulamaları;

- Aile bebek arasındaki bağlılığı artırır (Özkan ve Taş Arslan 2018).
- Ailelerin bebek bakımı konusunda becerilerini geliştirir (Taş Arslan ve Turgut 2013).
- Ailenin stres ve anksiyete düzeyini azaltır (Cooper ve ark. 2007; Davidson 2017; Özkan ve Taş Arslan 2018).
- Aile ve sağlık çalışanı arasındaki iletişimi güçlü kılar ve karşılıklı güven ortamı oluşturur (Altıparmak ve Taş Arslan 2016).
- Ailelerle yapılan bilgi paylaşımı ile ailelerin çocukları hakkında daha fazla söz sahibi olması ailenin anksiyete düzeyini azaltır (Davidson 2017; Özkan ve Taş Arslan 2018).
- AMB ile ailenin öz yeterliliği gelişir, bakımdan memnuniyet oranı artar (Cockcroft 2011; Yavaş Çelik 2018).
- Aynı zamanda AMB’de aileler bakımın her sürecine katıldıkları için verilen bakımın ve eğitimin sürekliliği sağlanmaktadır (Cooper ve ark. 2007).

AMB kapsamında ele alınabilecek bazı araştırma sonuçları AMB’nin aile üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Riper’in 55 prematüre annesi ile yaptığı çalışmada ailelerin katılmadıkları bakımdan daha az tatmin olduklarını, AMB

uygulandığında psikolojik olarak kendilerini daha iyi hissettiklerini ve bakımdan memnun olduklarını bulmuştur (Riper 2001). Uludağ ve Ünlüoğlu'nun yaptığı çalışmanın sonucuna göre doğru ve yeterli düzeyde bilgilendirme yapılan ailelerin stres düzeyinin bilgilendirme yapılmayan ailelere göre daha az olduğu belirlenmiştir (Uludağ ve Ünlüoğlu 2012). Çırlak ve Erdemir'in yaptığı bir çalışmada bebeği yenidoğan yoğun bakımda yatan ailelerin (176 ebeveyn) rahatlık düzeyine bakılmıştır. Aileler bebeklerini ziyaret ettiklerinde doyumlu bir rahatlık düzeyine ulaştıkları görülmüştür. Bu sonuç AMB'nin aile üzerindeki olumlu etkisini göstermektedir (Çırlak ve Erdemir 2013).

2.3.2. Bebeğe Sağladığı Yararlar

Hastanede annenin bulunması bebeğin/çocuğun fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlığını olumlu yönde etkilemektedir (Cockcroft 2011; Conk ve ark. 2018; Aykanat ve Gözen 2014; Öztürk ve Ayar 2014). Özellikle prematüre bebeklerde AMB'de anne bebek bağılılığı erken dönemde başladığı için AMB'nin önemi çok büyüktür (Eras ve ark 2013). AMB uygulanan bebeklerde ağlamanın daha az görüldüğü, analjezi kullanımının azaldığı, anne ve bebeğin stres düzeyinin düştüğü görülmektedir (Özkan ve Taş Arslan 2018; Yavaş Çelik 2018). AMB'de ameliyat sonrası iyileşme süreci daha hızlı olmakta, uykuya dalma problemleri olmamakta ve taburculuk süresi kısalmaktadır (Boztepe 2008; Cockcroft 2011; Conk ve ark. 2018; Aykanat ve Gözen 2014; Öztürk ve Ayar 2014; Yayan ve ark. 2018).

AMB uygulamalarının bebeğe olumlu şekilde yansıdığını gösteren çalışmalardan bazıları şu şekildedir;

- Taş Arslan ve Turgut'un yaptığı bir çalışmada hemşirelerin AMB uygulaması ile prematüre bebeklerin gelişimlerinin olumlu yönde etkileneceği ve ailelerin bakım verme becerilerinin artacağı bulunmuştur (Taş Arslan ve Turgut 2013).
- Raiskila ve ark. (2014), birçok preterm bebek üzerinde yaptığı araştırma sonucunda, ailenin bakımına katıldığı bebeklerde bebeklerin kilo alımının olumlu yönde olduğu bulunmuştur.

2.3.3. Sağlık Personeline Sağladığı Yararlar

Bakım sırasında ailenin çocuğun yanında bulunması hem çocuk hem aile açısından olumlu etkiler yaratacak, bu durumda sağlık çalışanının tedavi becerilerini olumlu olarak etkileyecektir (Cockcroft 2011; Conk ve ark. 2018; Öztürk ve Ayar 2014). AMB ile sağlık çalışanlarında iş bırakma oranı azalır, iş doyumu artar, karar verme süreci ve işbirliği becerileri gelişir (Conk ve ark. 2018; Öztürk ve Ayar 2014). Aile ve sağlık çalışanı arasındaki iletişimi güçlü kılar ve karşılıklı güven ortamı oluşturur (Altıparmak ve Taş Arslan 2016).

2.4. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakımın Uygulanmasında Karşılaşılan Güçlükler

21. yüzyılda AMB pediatri hemşireliğinin önemli bileşenlerinden biri olarak kabul görmeye başlamıştır (Öztürk ve Ayar 2014). Yapılan araştırma sonuçlarına göre pediatri alanında çalışan sağlık personellerinin AMB'nin yararlı ve gerekli olduğuna inandıkları ancak bu bakım modelinin uygulamaya yansımada yeterli olmadığı görülmektedir (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009; Karabudak ve ark. 2010; Latour ve ark. 2012; Aykanat ve Gözen 2014; Tosun ve Güdücü Tüfekci 2015; Yavaş Çelik 2018). Ülkemizde ise AMB'nin tam anlamıyla uygulandığı bir hastane bulunmamaktadır (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009; Karabudak ve ark. 2010; Aykanat ve Gözen 2014; Tosun ve Güdücü Tüfekci 2015).

AMB'nin gelişmiş ülkelerde daha yaygın kullanılmakta (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009), gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerde ise daha az kullanılmaktadır. Ülkemizde AMB ile ilgili, ailelerin çocukları ile beraber hastanede kalmalarına ilişkin tek düze bir uygulamaya rastlanılmamakla birlikte, ailelerin gün boyu çocuklarıyla kalabildikleri hastanelerde AMB'nin beklentilerin altında kaldığı gözlenmektedir (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009; Atay ve ark. 2011; Aykanat ve Gözen 2014).

AMB pediatri hemşireliğinin en dinamik felsefelerinden biridir ve 21. yüzyılda pediatri hemşireliğinin temel noktalarından biri olmuştur. Yapılan çalışmalarda ebeveynlerin çocuğun beslenme, boşaltım gibi öz bakım gereksinimlerini giderme, çocuğun boş zamanını değerlendirme ve çocuğun yanında her zaman kalarak onu sakinleştirme gibi görev ve sorumlulukları olduğunu ancak;

çok az bir bölümünün, aldığı-çıkarıldığı takibi yapma; oral ilaçların uygulanması gibi tıbbi sorumluluklarını üstlendiği görülmektedir. Bunun en önemli nedeninin hemşirelerin profesyonel rollerini ailelerle paylaşmak istememeleri olmuştur (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009; Aykanat ve Gözen 2014; Öztürk ve Ayar 2014).

İdeal bir bakım yaklaşımı olan AMB'nin uygulanmasının önünde çeşitli engeller vardır (Güray ve Polat 2017). Bunlar;

- Hemşirelerin hasta üzerindeki kontrolünü kaybetme endişesi, rol karmaşası, ebeveynlerin tehdit olarak görülmesi (White 2003; Güray ve Polat 2017; Özkan ve Taş Arslan 2018).
- Hemşirelerin ağır iş yükü nedeniyle aileye yeterince zaman ayıramaması (Aykanat ve Gözen 2014).
- Sağlık çalışanlarının yönelik AMB ile ilgili yeterli literatürün olmaması (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009; Güray ve Polat 2017).
- Hemşirelerin AMB'ye ilişkin bilgi ve deneyimlerini geliştirmek için verilen eğitimin eksikliği (Güray ve Polat 2017).
- Hemşirelerin yasal sorumlulukları nedeniyle bakım uygulamalarını ailelerle paylaşmak istememesi (Aykanat ve Gözen 2014; Dur ve ark. 2017).
- Hemşirelerin çocuk bakımında kendilerini profesyonel bir güç olarak görmeleri ve bunu ailelerle paylaşmak istememeleri (Aykanat ve Gözen 2014).
- Ailelerin hastanedeki rollerine ilişkin rol modelin olmaması (Aykanat ve Gözen 2014).
- Ailelerin kendilerini çocuğuna bakım veren sağlık personeli ile karşılaştırdıklarında kendilerini yetersiz görmesi (Aykanat ve Gözen 2014).
- Etkili bir hastane politikası belirleyememek (Karabudak ve ark. 2010; Güray ve Polat 2017).
- Çevresel kısıtlamalar (Öztürk ve Ayar 2014).

2.5. Aile Merkezli Bakımı Geliştirme Stratejileri ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım Uygulamasında Hemşirenin Rollerini

Sağlık çalışanlarının çocuk ve aile ile iletişim halinde olması AMB'nin başarı ile yürütülmesini sağlamaktadır (Boztepe 2008; Öztürk ve Ayar 2014). AMB

modelinin uygulamasında sağlık çalışanları ve ebeveynler arasında iletişimi arttıracak iki model önerilmektedir (Öztürk ve Ayar 2014). Hemşirelerin AMB felsefesini geliştirmeleri için bu modeller hakkında bilgilendirilmelidir.

Bu modeller;

a) LEARN Modeli

Bu model Berlin ve Fowkes (1983) tarafından geliştirilmiştir.

L= Dinleme (listening): Model hemşirenin aileyi sempati ile dinlemesini ve ailenin problemi nasıl algıladığını anlamaya çalışmasını vurgulamaktadır.

E= Açıklama (explaining): Burada sağlık profesyonellerinin problemi nasıl algıladığını açıklamaktadır.

A= Bilgilendirme (acknowledging): Bu adım sağlık personelinin ebeveynlerle farklılıkları ve benzerlikleri tartışmasını ve uyum sağlanan alanların belirlenmesini içermektedir.

R= Tavsiye etme (recommending): Burada sağlık personeli aileye tedavi planı ya da bakım planına ilişkin önerileri çalışmaktadır.

N= Uzlaşma (negotiating): Hasta ve ailenin kültürel normları ve yaşam biçimi göz önüne alınarak önerilen tedavi ya da bakım planında uzlaşmaya varılmasını içerir (Aykanat ve Gözen 2014; Öztürk ve Ayar 2014).

b) Karşılıklı Katılımlı Hemşirelik Bakım Modeli

AMB modeli uygulamada sağlık çalışanları ve aile arasındaki iletişimi güçlendirmede kullanılan bir modeldir. Model Curley (1988-1997) tarafından geliştirilmiştir. Bu model kritik hasta çocukların ve ailelerin hemşirelik bakım uygulamalarında bireysel yaklaşım felsefesini benimser. Modelin temel felsefesi ailelerin değerlerine önem verirken çocuğun bakımında yer alan sağlık alanında eğitim almış kişilerce de değerli bilgiler vereceğine inanır. Ailelerin AMB modelinde de olduğu gibi bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde sağlık çalışanları ile eşit derecede olması ilkesine dayanır (Öztürk ve Ayar 2014).

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakımı Geliştirme Stratejileri;

1. Aileyi ziyaret saatleri esas ve usulleri konusunda bilgilendirmek
2. Kardeşlerin ziyaretini sağlamak
3. Aile destek grupları oluşturmak
4. Ailenin gereksinimlerini belirlemek için formlar oluşturmak
5. Bebeğin diğer aile üeleriyle iletişiminin devamını sağlamak
6. Toplum destekleri konusunda aileyi bilgilendirmek
7. Aileyi hastane ortamı konusunda bilgilendirmek
8. Ailenin perioperatif dönem korkularını azaltmak için operasyona ilişkin videolar izletmek, birimleri tanıtmak
9. Yenidoğanı hospitalizasyon süresince taburculuğa hazırlamak
10. Ailenin geleneksel ve kültürel uygulamalarını bakım ortamını bozmadan kliniğe entegre etmek
11. Bütün aile üelerini evde bakıma katılmaya teşvik etmek ve bilgilendirmek
12. Kronik hastalığı olan bebeklerde ailenin bu durumdan en az düzeyde etkilenmesi için ülke politikası geliştirmek (Er 2006; Conk ve ark. 2018), olarak sıralanabilir.

Çocuk sağlığı hemşireleri aile ile bebek arasında kilit rolde oldukları için AMB'de önemli role sahiptirler (Özkan ve Taş Arslan 2018). Hemşireler aileleri bebeğin bakımı konusunda ve evde bakım konusunda eğitici rolde olduğu kadar bebek ve ailenin hakları konusunda da savunucudur (Conk ve ark. 2018; Aykanat ve Gözen 2014).

Ailelerin bebeklerinin bakımına katılabilmeleri için hastane ortamını tanınması ve sağlık çalışanları ile sürekli iletişim halinde olması gerekir (Öztürk ve Ayar 2014). Bebeğin servise kabulünden itibaren hemşirelerin ailelere servis tanıtımının yapılması, servis rutinleri, çalışanları hakkında bilgi verilmesi ve bebek ile ilgili bilgilerin eksiksiz ve tarafsız olarak aile ile paylaşılması gerekir (Öztürk ve Ayar 2014; Shirazi ve ark. 2015).

Çocuk hemşiresi bakımı sağlarken, aile odaklı olmalı, kanıta dayalı uygulamaları kullanmalı, travmatik olmayan, iyileştirici bir bakım yapmalıdır ve aileler ile sürekli iş birliği içerisinde olmalıdır (Cockcroft 2011; Conk ve ark. 2018; Öztürk ve Ayar 2014).

2.6. Pediatri Kliniklerinde ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakımın Değerlendirilmesi

Literatür incelendiğinde; İngiltere, Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri gibi bazı ülkelerin çocuk hastanelerinde AMB'yi kurum politikası olarak kabul ettikleri ve bu doğrultuda bakım verdikleri görülmektedir (Byers ve ark. 2006; Boztepe ve Çavuşoğlu 2009; Tosun ve Güdücü Tüfekci 2015). Ülkemizde AMB incelendiğinde ise, AMB'de standart bir uygulamanın ve yeterli sayıda çalışmanın olmadığı görülmektedir (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009; Günay ve Polat 2017). Bazı hastanelerde aileler çocuklarıyla sadece ziyaret saatlerinde birlikte oldukları, bazı hastanelerde ise anneler çocuklarıyla yirmi dört saat kalsalar bile AMB'nin tam anlamıyla uygulanmadığı görülmektedir (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009; Tosun ve Güdücü Tüfekci 2015).

Hemşireler, hastanede çocuk ve aile ile daha yakın ilişkide bulunmaları nedeniyle AMB'de önemli bir yere sahiptirler (Tosun ve Güdücü Tüfekci 2015). AMB ile ilgili yapılan araştırmalarda hemşirelik bakımında AMB'nin önemine ve gerekliliğine dikkat çekilmektedir (Özyazıcıoğlu ve Güdücü Tüfekci 2009). AMB'de annelerin yanında babaların ve diğer aile üyelerinin de gereksinimleri önemlidir (Çalışır ve ark. 2008). Çalışır ve ark. (2008), yaptığı çalışmada bebeği yenidoğan yoğun bakımda yatan annelerin babalara göre daha stresli olduğu, annelerin bebeklerine bakan hemşirelerle konuşmaya babaların ise bebeklerini ziyaret etmeye daha fazla ihtiyaç duydukları belirlenmiştir. Taş Arslan ve Turgut'un (2013), 102 prematüre bebek annesi ile yaptığı çalışmada, annelerin en çok bebek banyosu (annelerin %61.7si), sonrasında pamukçuk, besleme, tanı ve kucağa alma konularında kendilerini yetersiz olarak hissettikleri görülmüştür. Çalışmanın sonucuna göre bu konular hakkında annelere yeterli düzeyde bilgi verilmesi gerektiği görüşüne varılmıştır. Bazı çalışmalar ise sağlık personelinin AMB hakkındaki görüşlerini ele almaktadır (Karabudak ve ark. 2010; Kaya 2016). Karabudak ve ark. (2010), çocuk kliniğinde çalışan 95 hemşire ve 41 hekim ile yaptığı çalışmanın sonucunda, hemşireler güven ve rahatlığı sağlama konularında ailenin katılımına önem verirken, hekimler dava açma, yasal süreç gibi durumlar nedeniyle aile katılımında korkular yaşamakta olduğunu bulmuşlardır. Yapılan çalışmalarda AMB'nin çocuk/bebek, ebeveynler ve sağlık çalışanları üzerinde olumlu etkiler

sağladığını, sağlık çalışanlarının AMB'nin önemli ve gerekli olduğunu savundukları fakat bu bakım modelinin uygulamada yeterli olmadığı görülmektedir (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009; Erdeve 2009; Karabudak ve ark. 2010; Latour ve ark. 2012; Aykanat ve Gözen 2014; Öztürk ve Ayar 2014).

Verilen bakımın AMB yönünden değerlendirilmesine ilişkin çalışmalar oldukça yeni ve az sayıdadır (Beck ve ark. 2009; Curley ve ark. 2013). Oysa AMB'nin geliştirilmesi için öncelikle sağlıklı bir şekilde değerlendirilmesi gerekir. Pediatriye AMB uygulamalarının değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler oldukça sınırlıdır (Curley ve ark. 2013). Türkiye'de AMB ölçeği olarak Curley ve ark. (2013) tarafından geliştirilen ve geçerlilik ve güvenirliği Altıparmak ve Taş Arslan tarafından yapılan yedi maddelik Aile Merkezli Bakım Ölçeği (AMBÖ) kullanılmaktadır. Bu ölçeğin içeriği yenidoğan ünitelerinde AMB'nin değerlendirilmesinde uygun olmadığı görülmektedir.

Literatürde YYBÜ'de AMB'nin değerlendirilmesini sağlayacak bir ölçüm aracına ulaşabildiğimiz kadar rastlanmıştır. Yenidoğan ünitelerinde AMB'nin değerlendirilmesi ve geliştirilmesine yönelik çalışmalara gereksinim vardır. Bu araştırma YAMBÖ geliştirilerek geçerlik ve güvenirliğinin test edilmesi amacıyla planlanmıştır. Geliştirilmesi planlanan ölçek ile YYBÜ'de yatan bebeklerin aldıkları bakımın AMB yönünden değerlendirilmesi ve yenidoğan ünitelerinde AMB'nin geliştirilmesine katkı sunacağı düşünülmüştür.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

YAMBÖ geliştirmek üzere geçerlik ve güvenilirlik testlerinin yapılacağı bu çalışma metodolojik tipte bir araştırmadır. Bu ölçek geliştirme çalışması üç aşamada yapıldı. Bu çalışma üç aşamada toplam on adımlı işlem sürecinin bulunduğu Slavec ve Drnovsek (2012) tarafından geliştirilen ve ülkemizde de Geçkil ve Tikici (2015) tarafından kullanılan ölçek geliştirme modeli ile yürütüldü.

1.Aşama: Ölçek yapısının ve teorisinin oluşturulduğu aşamadır. Bu aşama üç adımdan oluşmakta olup, temel olarak ölçeğin kurumsal çerçevesinin belirlenmesini içermektedir (Geçkil ve Tikici 2015).

Adım 1; bu adımda ölçeğin kapsamının tanımlanması için, literatür incelemesi, alanında uzman kişilerden görüş alınması ve grup görüşmesinin yapılması gereken adımdır (Geçkil ve Tikici 2015). Bu çalışmada AMB ile ilgili yerli ve yabancı literatür incelendi, ayrıca madde havuzunda nelerin yer alması gerektiği ile ilgili YBBÜ’de çalışan 20 hemşire, 3 hekim ve YYBÜ’de bebeği yatan 30 anne ile bireysel görüşme yapıldı.

Adım 2, madde havuzunun oluşturulacağı adımdır. Madde havuzunun geniş olması ölçülmek istenen durum hakkında daha fazla bilgi verecektir. Taslak ölçekte yer alacak madde sayısının en az üç dört katı kadar madde havuzu ile başlanması önerilmektedir (Slavec ve Drnovsek 2012). Yapılacak olan bu araştırmada literatür incelemesi, yenidoğan ünitesinde çalışan hemşire ve hekimden alınan görüş ve annelerin görüşleri sonucunda 86 madde yazıldı. Daha sonra bu maddeler araştırmacılar tarafından gözden geçirilerek tekrar eden ve yakın anlam içeren maddeler atıldı. Bu adımın sonunda 48 maddeden oluşan bir taslak ölçek oluşturuldu.

Adım 3’te kapsam geçerliği yapılmaktadır. Bu süreçte 48 maddelik taslak ölçek uzman görüşüne sunuldu ve maddelerin uygunluğu değerlendirildi. Taslak ölçek alanında uzman 12 kişinin görüşüne (EK-A) sunuldu.

2. Aşama: Dört adımdan oluşan bu aşamada uygun yöntemlerle veri toplanır ve örneklemin evreni temsil yeteneği test edilir.

Adım 4; bu adımda taslak ölçek formu geliştirilip değerlendirilir (Geçkil ve Tikici 2015). Üçüncü adımdaki kapsam geçerlilik indeksi sonucunda 5’li likert tipinde 36 maddelik taslak ölçek formu (EK-C) oluşturuldu.

Adım 5, ölçek uyarlamalarda kullanılan adımdır. Bu adımda ölçeğin orijinal dilinden hedef dile çeviri yapılır ve sonrasında orijinal dile tekrar çeviri yapılır. Bu çalışma uyarlama çalışması olmadığından bu adım kullanılmadı.

Adım 6, pilot çalışma adımdır. Bu adımda oluşturulan taslak ölçek formu test edilir. Bu adımda 36 maddelik taslak ölçeğin anlaşılabilirliğini test etmek için 20 anne ile ön uygulama yapıldı. Ölçeğin maddelerinin anlaşıldığı görüldü.

Adım 7, örnekleme ve veri toplama işleminin yapıldığı adımdır. Bu adımda verilerin genellenebilmesi için temsil gücü yüksek bir örneklem grubu oluşturulması gerekmektedir.

3. Aşama: İstatistiksel analizlerin yapıldığı ve kanıtların ortaya konulduğu üç adımlı son aşamadır.

Adım 8, ölçek boyutları değerlendirilir. Bu adımda Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) yapılarak boyutlar belirlenir. AFA ile belirlenen boyutların teorik çerçeve ile uyumu incelenir. Ölçüt bağımlı geçerliği testi için ise paralel ölçek kullanılır. Araştırmada paralel ölçek olarak Curley ve ark. (2013) tarafından geliştirilen ve geçerlilik ve güvenilirliği Altıparmak ve Taş Arslan (2016) tarafından yapılan 7 maddelik AMBÖ kullanıldı.

Adım 9, güvenirlik analizlerinin yapıldığı adımdır. Geliştirilen ölçeğin güvenirliği iç tutarlılık analizleri (madde analizleri ve Chronbach alfa katsayısı) ve zamana göre değişmezlik testleri ile değerlendirildi. Zamana göre değişmezlik testi için aralıklı ya da aralıksız olmak üzere iki yöntem kullanılır. Aralıklı yöntemde iki uygulama arasında 2-4 hafta geçmesi beklenir (Gözüm ve Aksayan 2003). Bu araştırmada örnekleme alınan annelerin bebekleri taburcu olabileceğinden 2 hafta beklemek mümkün olmadı. Bu nedenle 40 anneye bir saat aralık verilerek ikinci uygulama yapıldı ve iki uygulama arasındaki tutarlılık incelendi.

Adım 10, yapı geçerliğinin değerlendirildiği adımdır. Bu adımda AFA sonucunda ortaya çıkan yapı Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile değerlendirildi.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Konya il merkezinde yer alan, YYBÜ bulunan kamu hastaneleri ve üniversite hastanelerinde yapılması planlandı. Araştırmaya alınan hastaneler; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'dir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Konya merkezinde bulunan kamu hastanelerinin ve üniversite hastanelerinin YYBÜ'de yatan bebeklerin anneleri oluşturdu.

3.4. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi

Araştırma ölçek geliştirme çalışması olduğundan örneklem iki gruptan oluşacaktır. Ayrıca örneklem büyüklüğü olarak 50 çok zayıf, 100 zayıf, 200 orta, 300 iyi, 500 çok iyi, 1000 mükemmel olarak belirtilmektedir (Karagöz 2014). Bu araştırmanın örneklemini Açımlayıcı Faktör Analizi aşamasında 244, Doğrulayıcı Faktör Analizi aşamasında 240 olmak üzere toplam 484 anneden oluştu.

3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri ve Örneklemin Seçimi

Araştırmada geliştirilmesi planlanan ölçeği annelerin doldurmaları ve yenidoğan ünitesinde verilen bakımı AMB yönünden değerlendirmeleri istenmektedir. Bu nedenle araştırmaya dahil edilen annelerin;

- Türkçe okur-yazar olması
- 18 yaş üzerinde olması
- Tanımlanmış bir ruhsal hastalığının olmaması
- Bebeğinin en az üç gün hastanede yatmış olması,
- Bebeğinin yanında kalıyor olması veya hemşireyle birlikte en az üç kez bebeğinin bakımına katılmış olması gerekmektedir.

Araştırmanın örneklemine bu dahil edilme kriterlerini sağlayan anneler alındı. Örnekleme yöntemi olarak gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanıldı. Araştırma yapılan hastanelere haftada iki kez gidilerek kriterleri sağlayan anneler ile

görüşülerek araştırmaya katılmaya gönüllü olanlar örnekleme dahil edildi. Araştırmaya katılmayı reddeden 10 anne oldu ve zaman ayırmak istemediklerini ifade ettiler.

3.6. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri Anne Bilgi Formu (EK-D), Bebek Bilgi Formu (EK-E) ve geliştirilen YAMBÖ ile toplandı. Geliştirilen ölçeğin dış ölçüt geçerliğinin test etmek için Curley ve ark. (2013) tarafından geliştirilen, geçerlik ve güvenilirliği Altıparmak ve Taş Arslan (2016) tarafından yapılan 7 maddelik AMBÖ (EK-M) kullanıldı.

3.6.1.1. Anne ve Bebek Bilgi Formu

Anne bilgi formu; annenin yaşı, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, aile tipi, yaşayan çocuk sayısı, doğum şekli, doğduktan sonra bebeği ilk ne zaman gördüğü ve kucağa alma zamanı, bebeğin yanında kalma durumu, ziyarete gelme sıklığı, bebek bakımına katılma durumu ve kaç kez katıldığı, aile üyelerinden bebeği ziyaret etme durumu gibi soruları içermektedir.

Bebek bilgi formu; bebeğin cinsiyeti, doğum kilosu, doğum haftası, tekil veya çoğul gebelik olup olmadığı, postnatal günü, tıbbi tanısı, hastanede yatış süresi, beslenme şekli, kanguru bakımının yapılıp yapılmadığı gibi soruları içermektedir.

3.6.1.2. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği (YAMBÖ)

Bu araştırmada geliştirilen ölçek AÖB'nin temel bileşenleri olan dört ana kavramdan (itibar ve saygı, bilgi paylaşımı, bakıma katılma, aile ile işbirliği) yola çıkılarak literatür ve görüşlerden hazırlandı (Erdeve 2009; Goodind ve ark. 2011; Öztürk ve Ayar 2014). Dört ana kavram altında 48 maddelik bir taslak ölçek oluşturuldu (EK-B). KGİ sonucunda 12 maddenin KGİ'si 0.80'den düşük olduğu için ölçekten çıkarıldı ve 36 maddelik taslak ölçek ortaya çıktı (EK-C). Bu 36 maddelik ölçek 484 yenidoğan ve ebeveyne uygulandı. Geçerlik ve güvenilirlik testlerinden sonra 29 maddeli 4 boyutlu yeni ölçek elde edildi (EK-F, Tablo 3.1).

29 maddelik YAMBÖ 5'li likert tipinde (1:hiç katılmıyorum, 2: katılmıyorum, 3: kararsızım, 4: katılıyorum, 5: kesinlikle katılıyorum) bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 1 en yüksek puan 5'dir. Geliştirilen ölçekten alınabilecek olan en düşük puan 29, en yüksek puan 145'tir. Ölçekten alınan puanların yüksek olması AMB'nin olumlu yönde arttığını/yükseldiğini göstermektedir.

Tablo 3.1. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği Maddelerinin Faktörlere Dağılımı ve Çıkarılan Maddeler

Ölçek Alt Boyutları	Taslak Ölçek	Ölçek
Faktör 1. İtibar ve Saygı	11 Madde 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11	7 Madde 1, 3, 4, 5, 6, 9, 10 (yeni: 1-7 arası)
Faktör 2. Bilgi Paylaşımı	13 Madde 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24	9 Madde 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24 (yeni: 8-16 arası)
Faktör 3. Bakıma Katılma	5 Madde 25, 26, 27, 28, 29	5 Madde 25, 26, 27, 28, 29 (yeni: 17-21 arası)
Faktör 4. Aile İle İşbirliği	7 Madde 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36	8 Madde 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 22 (yeni: 22-29 arası)
Faktör analizinde çıkarılan maddeler		2, 7, 8, 11, 12, 13, 14

3.6.2 Verilerin Toplanması

Veri toplama formlarından Anne Bilgi Formu, geliştirilen YAMBÖ ve dış ölçüt geçerliği için kullanılan AMBÖ annelerin kendileri tarafından, Bebek Bilgi Formu ise dosyadan araştırmacı tarafından dolduruldu.

Araştırmacı YYBÜ'lere haftada iki kez giderek araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan anneleri tespit etti. Örneklemeye dahil edilme kriterlerini karşılayan annelere araştırma hakkında bilgi verildi. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan annelere onam formu ve anket formları verildi ve doldurması istendi. Anneler anket formlarını anne odasında araştırmacı gözetiminde doldurdu. Anket formlarının doldurulma süresi 15-20 dakika arasında değişti. Test-tekrar test uygulanacak olan annelere ayrıca açıklama yapılarak bir saat sonra ikinci test uygulandı.

3.7 Araştırmanın Değişkenleri

3.7.1. Tanımlayıcı Değişkenler

- Bebeğe ait tanımlayıcı bilgiler (doğum kilosu, haftası, cinsiyeti)
- Annenin sosyo -demografik özellikleri (öğrenim durumu, yaşı)
- Annenin obstetrik özellikleri (doğum şekli)
- Annelerin bebeklerini ziyaret etme durumları
- Annelerin bebeklerinin yanında kalma durumu
- Annelerin bebeklerinin bakımına katılma durumları

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Etik Kurulundan onay (EK-G) alındı. Kurum izni için araştırmaya dâhil olan hastanelerden onay (EK-H,I,İ,J) alındı. Annelerden gönüllülük ilkesi doğrultusunda yazılı onamlar (EK-K) alındı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın en önemli sınırlılığı ölçeğin doldurulması öz bildirim dayalı olduğundan okuma-yazma bilmeyenlerin örnekleme alınamamasıdır. Bu ölçek Türk popülasyonunda YAMBÖ değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Bu araştırmada geliştirilen ölçeğin konusu olan AMB, katılımcıların sosyokültürel özelliklerinden etkilenebilir. AMB ayrıca sağlık profesyonellerinin sosyokültürel özelliklerinden de etkilenebilir. Bu nedenle diğer dillerde kullanılması söz konusu olduğunda toplumsal uyarlamalar yapılmasının gerekliliği unutulmamalıdır. Bu araştırmada YYBÜ’de 1. 2. ve 3. düzeyde yatan bütün bebeklerin anneleri alındı. Bu durum geliştirilen ölçeğin bütün tanı ve düzeydeki bebekler için kullanılabileceği için güçlü yanını göstermektedir. Öte yandan AMB riskli gruplarda/bebeklerde aileler tarafından farklı şekilde değerlendirmeleri söz konusu olabilir. Bu nedenle sadece spesifik tanı grupları için (konjenital anomaliler, ileri preterm, uzun süre ventilatörde kalan gibi) kullanılacağında geçerlik ve güvenilirliğinin yeniden test edilmesi gerekebilir.

3.10. Araştırma Soruları

1. YAMBÖ geçerli bir ölçme aracı mıdır?
2. YAMBÖ güvenilir bir ölçme aracı mıdır?
3. YAMBÖ'nün yapısının doğrulanmasını gösteren DFA sonucunda uyum indeksleri nasıldır?

3.11. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Çalışmada katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ve ölçek puanlarının tanımlayıcı istatistikleri için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanıldı. Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Skewness ve Kurtosis ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edildi.

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde, kapsam geçerliği aşamasında Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) hesaplandı. KGI değeri .80 üzerinde olan maddeler çalışmaya kabul edildi. AFA aşamasında toplanan veriler SPSS programında ortalama, standart sapma, pearson momentler çarpımı korelasyonu, Chronbach Alfa güvenilirlik katsayısı ile analiz edildi. DFA aşamasında elde edilen veriler bilgisayarda LISREL 8.8 programlarında uyum indeksleri ile değerlendirildi. Ölçek geliştirmede kullanılan geçerlik ve güvenilirlik testleri Tablo 3.2'de özetlendi.

Tablo 3.2. Ölçek Geliştirme Aşamaları (Geçerlik - Güvenirlik)

Geçerlik			Güvenirlik		
	Kullanılan Yöntem	Kullanılan İstatistiksel Test		Kullanılan Yöntem	Kullanılan İstatistiksel Test
Kapsam Geçerliği	Uzman Görüşü	Kapsam Geçerlik İndeksi	İç Tutarlılık	Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı Cronbach Alfa Katsayısı
Yapı Geçerliği	Faktör Analizi	Açımlayıcı Faktör Analizi Doğrulayıcı Faktör Analizi	Ölçeğin Kararlılığı	Test - Retest	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı
Ölçüt Dayalı Geçerlik	Paralel Form Geçerliği	Korelasyon	Madde Analizleri		Ortalama Standart Sapma Madde Silinirse

(Cronbach 1951; Lawshe 1975; Büyüköztürk 2002; Tezbaşaran 2008; Çapık 2014; Karakoç ve Dönmez 2014; Geçkil ve Tikici 2015; Kuşeli Dost ve Kaya 2015; Çokluk ve ark. 2016; Güngör 2016; Şahin ve Boztunç Öztürk 2017; Özdemir 2018).

4. BULGULAR

YAMBÖ geliştirmek amacıyla yapılan araştırmada elde edilen bulgular 3 başlık altında sunuldu.

4.1. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

4.2. Geçerlik Analizlerine İlişkin Bulgular

4.3. Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulgular

4.1. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan annelere ait bilgiler Tablo 4.1.1’de verildi.

Tablo 4.1.1. Annelerin Tanımlayıcı Özellikleri (n: 484)

Özellikler	n	%
Eğitim durumu		
Okur-yazar	21	4.3
İlköğretim	147	30.4
Ortaokul	147	30.4
Lise	118	24.4
Y. okul/üniversite	51	10.5
Herhangi bir işte çalışma durumu		
Hayır	437	90.3
Evet	47	9.7
Aile tipi		
Çekirdek aile	359	74.2
Geniş aile	125	25.8
Evdeki çocukla ilgilenen birinin varlığı		
Hayır	7	1.4
Evet	307	63.4
Başka çocuğum yok	170	35.2
Son doğum şekli		
Normal	134	27.7
Sezeryan	350	72.3
Bebeğin yanında kalma durumu		
Hayır	48	9.9
Evet	436	90.1
Bebeğin yanında kalmayanların ziyaret sıklığı (n: 48)		
Her gün	39	81.2
İki üç günde bir	7	14.6
Haftada bir	2	4.2
Bebeğin bakımına katılma sayısı		
En az 3 kere katıldım	37	7.6
3-10 kez katıldım	94	19.5
10'dan fazla katıldım	353	72.9
Bebeği ziyarete gelen başka aile üyesi varlığı		
Hayır	106	21.9
Evet	378	78.1
	En az-en çok	$\bar{x} \pm SS$
Yaş	18-44	28.50±5.95
Çocuk sayısı	1-8	2.16±1.05
Bebeği ilk görme zamanı (gün)	0-85	33.54±114.33
Bebeği ilk kucağa alma zamanı (gün)	0-85	101.23±191.10

(\bar{x} : ortalama; SS: standart sapma)

Tablo 4.1.1'de görüldüğü gibi annelerin %30.4'ünün ilköğretim mezunu olduğu, %90.3'nün herhangi bir işte çalışmadığı, %74.2'sinin çekirdek ailede

yaşadığı, %63.4'ünün evdeki diğer çocuğuyla ilgilenen birinin olduğu, %72.3'nün doğum şeklinin sezeryan olduğu, %90.1'nin bebeğinin yanında hastanede kaldığı, %81.2'sinin her gün bebeğini ziyaret ettiği, %72.9'unun bebek bakımına 10'dan fazla katıldığı, %78.1'inin bebeğinin ziyaretine diğer aile üyelerinin de geldiği belirlendi. Annelerin yaşlarının 18 ile 44 arasında, çocuk sayısının 1 ile 8 arasında değiştiği, annelerin YYBÜ'de yatan bebeklerini ilk görme günleri 0-85 gün arasında değişmekte olup (ortalama: 33.54±114.33) bulundu. Bebeklerini kucağa alma ilk alış günleri ise 0-85 gün arasında (ortalama: 101.23±191.10) değiştiği saptandı.

Araştırmaya alınan bebeklerle ilgili bilgiler Tablo 4.1.2'de verildi.

Tablo 4.1.2. Bebeğin Tanımlayıcı Özellikleri (n: 484)

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kız	224	46.3
Erkek	260	53.7
Gebelik şekli		
Tekil	441	91.1
Çoğul	43	8.9
Tanı		
Solunum sıkıntısı	94	19.4
Prematüre	71	14.7
Prematüre-solunum sıkıntısı	65	13.4
Hiperbilirubinemi	64	13.2
Majör konjenital anomaliler	37	7.6
Prematüre-çoğul gebelik-solunum sıkıntısı	34	7.0
Hipoglisemi	25	5.2
Pnömoni	22	4.5
Sepsis	19	3.9
Iugg-solunum sıkıntısı	18	3.7
Beslenememe	17	3.5
MAS	10	2.1
Diğer hastalıklar	8	1.7
Bebeğin beslenme şekli		
Beslenmiyor	8	1.7
Oral beslenme *	362	74.8
Enteral **	114	23.5
Kanguru bakımı uygulanması		
Hayır	306	63.2
Evet	178	36.8
Bebeğin hastanede yatış süresi		
30 gün ve altı	387	80.0
31-60 gün	57	11.7
61 gün ve üstü	40	8.3
	En az-en çok	$\bar{x} \pm SS$
Doğum ağırlığı (gram)	600-4600	2432.27±947.69
Doğum haftası	25-42	34.90±4.18
Postnatal yaş (gün)	3-217	21.24±24.52
Hastanede kalma süresi (gün)	3-217	19.12±24.34

(*ASE- beslenme aparatı; **OG-NG-gastrostomi)

Tablo 4.2.1'e bakıldığında bebeklerin %53.7'sinin erkek olduğu, %91.1'inin tekil gebelik olduğu saptandı. Bebeklerin %19.4'ünün solunum sıkıntısı ile yatış

yaptığı, %74.8'inin oral yolla beslendiği, %63.2'sine kanguru bakımı yapıldığı, %80'ninin hastanede yatış süresinin 30 gün ve altında olduğu belirlendi. Bebeklerin doğum ağırlığının 600-4600 gram arasında ve doğum haftasının 25-42 hafta arasında değiştiği saptandı. Bebeklerin postnatal gününün 3 ile 217 arasında değişiklik gösterdiği bulundu. Hastanede kalma sürelerinin 3 ile 217 gün arasında değiştiği belirlendi.

4.2. Geçerlik Analizlerine İlişkin Bulgular

a) Kapsam Geçerliği (Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi)

Bu araştırmada kapsam geçerliği aşamasında alanında 12 uzman kişi (EK-A) 48 maddelik taslak ölçeği (EK-B) değerlendirdi ve her bir maddenin KGİ'si hesaplandı. Ölçeğe alınacak maddelerin KGİ değerinin 0.78'in üzerinde olması gerektiğinden, çalışmada 0.78 altında değer alan maddeler ret edildi, 0.78'den büyük olan maddeler kabul edildi. 48 maddeden KGİ değeri 0.78' den küçük olduğu için 12 madde çıkarılarak 36 maddelik yeni bir taslak ölçek (EK-C) oluşturuldu. Ölçekte yer alan maddelerin toplam KGİ değeri ve her bir maddenin KGİ değeri Tablo 4.2.1'de verildi.

Tablo 4.2.1. Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesine Göre Madde ve Ölçek Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ)

Madde	N	NG	KGİ
1	11	10	0.81
2	12	11	0.83
3	12	12	1.00
4	12	12	1.00
5	12	12	1.00
6	12	11	0.83
7	12	11	0.83
8	12	12	1.00
9	12	12	1.00
10	12	12	1.00
11	12	12	1.00
12	12	12	1.00
13	12	12	1.00
14	12	12	1.00
15	12	12	1.00
16	12	12	1.00
17	12	12	1.00
18	11	11	1.00
19	12	12	1.00
20	12	12	1.00
21	12	11	0.83
22	12	12	1.00
23	12	11	0.83
24	12	12	1.00
25	12	11	0.83
26	12	11	0.83
27	12	12	1.00
28	12	12	1.00
29	12	12	1.00
30	11	10	0.81
31	12	12	1.00
32	12	11	0.83
33	11	11	1.00
34	12	12	1.00
35	12	12	1.00
36	12	12	1.00
Ölçek Kapsam Geçerlik İndeksi Ö-KGİ			0.95

N: Uzman sayısı

NG: Bir maddeye 3 veya 4 puan veren uzman sayısı

KGİ: Kapsam Geçerlik İndeksi

Uzman görüşleri sonrasında hesaplanan KGİ sonuçlarına göre ölçekte kalan 36 maddenin KGİ değerlerinin 0.81 ile 1.00 arasında değiştiği ve ölçek toplamının KGİ değerinin 0.95 olduğu belirlendi.

Tablo 4.2.2. Verilerin Faktör Analizi İçin Uygunluğunun İncelenmesi (n:244)

Kaiser-Mayer-Olkin (KMO)	Örneklem Yeterliliği	.923
Bartlett's Test of Sphericity	Ki-kare değeri	4825.33
	S.derecesi	630
	P	.000

YAMBÖ' nün 36 maddelik taslak ölçek ile yapılan AFA'da Kaiser-Meyer Olkin (KMO) katsayısı .923 ve Bartlett testi sonucu çok ileri düzeyde anlamlı bulundu ($\chi^2= 4825.33$, df: 630, p: .000) (Tablo 4.2.2).

b) Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Yapı Geçerliği: Açımlayıcı Faktör Analizi

YAMBÖ'nün faktör yapısı için verilerin ilk yarısı (n: 244) ile yapılan AFA'da temel bileşenler analizi (Principal Components Analysis) ve varimax rotasyon yöntemi kullanıldı (Tablo 4.2.3). Farklı faktör sayısı ile yapılan analizlerde en iyi yapının dört faktörlü olduğu görüldü.

Tablo 4.2.3. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları (n: 244)

Yeni Ölçek Maddeleri	Taslak Ölçek Maddeler (36 madde)	İtibar ve Saygı	Bilgi Paylaşımı	Bakıma Katılma	Aile ile İşbirliği
1	Madde 1	.65	.11	.32	.17
	Madde 2	.42	.34	-.15	.40
2	Madde 3	.51	.26	.14	.26
3	Madde 4	.58	.16	.32	.14
4	Madde 5	.61	.19	.37	.12
5	Madde 6	.61	.19	-.08	.36
	Madde 7	.45	.23	-.17	.50
	Madde 8	.43	.28	-.03	.42
6	Madde 9	.68	.12	.33	.08
7	Madde 10	.62	.18	.30	.12
	Madde 11	.43	.18	.40	.36
	Madde 12	.32	.11	.35	.39
	Madde 13	.20	.30	.28	.33
	Madde 14	.12	.50	.17	.47
8	Madde 15	.23	.72	.01	.22
9	Madde 16	.13	.77	.13	.15
10	Madde 17	.12	.74	.17	.34
11	Madde 18	.08	.61	.01	.49
12	Madde 19	.13	.59	.26	.23
13	Madde 20	.15	.72	.19	.11
14	Madde 21	.23	.77	.18	.10
15	Madde 22	.20	.12	.06	.61
16	Madde 23	.25	.68	.18	.14
17	Madde 24	.12	.77	.18	.08
18	Madde 25	.17	.26	.67	.10
19	Madde 26	.20	.23	.69	.08
20	Madde 27	.17	.33	.64	.19
21	Madde 28	.14	.11	.67	.31
22	Madde 29	.25	.05	.67	.30
23	Madde 30	.28	.23	.13	.64
24	Madde 31	.13	.01	.39	.54
25	Madde 32	.11	.23	.22	.65
26	Madde 33	.11	.15	.40	.59
27	Madde 34	.21	.28	.30	.55
28	Madde 35	.18	.18	.19	.54
29	Madde 36	.06	.14	.22	.55
	Özdeğer	4.19	5.93	4.04	4.99
	Faktörlerin Açıkladığı Varyans (%)	11.64	16.48	11.23	13.87
	Açıklanan Toplam Varyans (%)			53.23	

Faktörlerin öz değerleri 4.04 ile 5.93 arasında bulundu. Faktörler tarafından açıklanan varyans % 11.64 ile % 16.48 arasında olup, dört faktörün toplam varyansın % 53.23'ünü açıkladığı belirlendi (Tablo 4.2.3).

Ölçek maddelerinin içeriğine ve AMB'nin kuramsal yapısına göre birinci faktör "itibar ve saygı", ikinci faktör "bilgi paylaşımı", üçüncü faktör "bakıma katılma", dördüncü faktör ise "aile ile işbirliği" alt boyutu olarak isimlendirildi. AFA'da YAMBÖ'nün beş maddesi iki faktörde birden eşit ya da birbirine yakın değerlerde yük değerine sahip olduğu için taslak ölçekten çıkarıldı. Bu maddeler incelendiğinde; "Madde 2. Hemşireler bana isimim ile hitap ederler" itibar ve saygı boyutunda .42, aile ile işbirliği boyutunda .40; "Madde 7. Hemşireler hastanede kaldığım odanın ihtiyaçları ile ilgilenirler" itibar ve saygı boyutunda .45, aile ile işbirliği boyutunda .50; "Madde 8. Hemşireler kişisel gereksinimlerimi karşılamam için uygun ortam hazırlarlar" itibar ve saygı boyutunda .43, aile ile işbirliği boyutunda .42; "Madde 11. Hemşireler bebeğimizi ziyaret etmemiz için bizi teşvik ederler" itibar ve saygı boyutunda .43, bakıma katılma boyutunda .40; "Madde 14. Hemşireler yapılacak tüm girişimlerden önce bana açıklama yapar ve onayımı alırlar" bilgi paylaşımı boyutunda .50, aile ile işbirliği boyutunda .47 olarak yük aldığı belirlendi (Tablo 4.2.3). Bu maddeler binişik madde olduğu için ölçekten çıkarıldı. Taslak ölçekteki iki madde (Madde 12. Hemşireler bana yenidoğan yoğun bakım ünitesini tanıtırlar ve Madde 13. Hemşireler ihtiyacım olduğunda kendilerine nasıl ulaşacağım konusunda bilgi verirler) ise faktör yükleri < .40 olduğu ve hiç bir faktörde yeterli yüke sahip olmadığı (Tablo 4.2.3) için ölçekten çıkarıldı. Taslak ölçekte ikinci faktörde yer alan Madde 22 (Hemşireler bebeğim ile ilgili tıbbi kayıtları incelememe izin verirler) faktör analizi sonucunda dördüncü faktörde faktör yükü .61 olduğu için yeni ölçekte dördüncü faktör içine alındı. Ölçekte kalan diğer 29 maddenin faktör yükleri .51 ile .77 arasında bulundu (Tablo 4.2.3).

Bu çalışmada tüm faktörlerin öz değeri 1'in üzerinde bulundu. Maddelerin faktörlerle olan ilişkisini açıklayan faktör yükleri .40 değerinden düşük olan iki madde (Madde 12 ve 13) ölçek yapısından çıkarıldıktan sonra ölçekte kalan diğer maddelerin yük değeri .51-.77 arasında değişti (Tablo 4.2.3). Bu ölçekte faktör yükü .10'dan az bir farkla beş maddenin (Madde2. Madde 7. Madde 8. Madde 11. Madde 14.) birden fazla boyutta yer aldığı görüldü ve binişik madde oldukları için ölçekten çıkarıldı (Tablo 4.2.3).

AFA sonucunda ölçekte kalan 29 maddenin madde faktör yükleri Tablo 4.2.4'de verildi.

Tablo 4.2.4. Maddelerin Faktör Yapısı ve Faktör Yükleri (n:244)

Maddeler (29 madde)	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
6. Hemşireler kültürel farklılıklarına saygı duyarlar.	.68			
1. Hemşireler ebeveyn olarak bana saygı duyarlar.	.65			
7. Hemşireler dini gereksinimlerime saygı duyarlar.	.62			
4. Hemşirelere bir şey sormak istediğimde bana iyi davranırlar.	.61			
5. Hemşireler benim yaşadığım sorunlarıma ilgi gösterirler.	.61			
3. Hemşireler aile üyelerine güler yüzlü davranırlar.	.58			
2. Hemşireler beni görünce selam verirler.	.51			
9. Hemşireler bebeğimin sağlık durumu hakkında anlayabileceğim şekilde bana açıklama yaparlar.		.77		
14. Hemşireler bebeğimin klinikteki büyüme gelişmesi ile ilgili beni bilgilendirirler.		.77		
17. Hemşireler bebeğimin düzenli izlem ve aşıları hakkında bana bilgi verirler.		.77		
10. Hemşireler bebeğime yapılan tedaviler hakkında beni bilgilendirirler.		.74		
8. Hemşireler bebeğimin hastalığı hakkında beni bilgilendirirler.		.72		
13. Hemşireler bebeğimin bakımı (beslenme, banyo, alt değişimi) hakkında bana bilgi verirler.		.72		
16. Hemşireler evde bebek bakımı ile ilgili bana bilgi verirler.		.68		
11. Hemşireler bebeğimin tahlil ve laboratuvar sonuçları hakkında beni bilgilendirirler.		.61		
12. Hemşireler bebeğim için kullanılan tıbbi araçlar (monitör, serum, sonda) hakkında bana açıklama yaparlar.		.59		
19. Hemşireler bebeğimle konuşmam/iletişim kurmam için beni teşvik ederler.			.69	
18. Hemşireler bebeğim ile temas kurmam (dokunmam, kucaklamam ve kanguru bakımı yapmam) için beni teşvik ederler.			.67	
21. Hemşireler bebeğimin bakımında (banyo, alt değişimi, giydirilmesi) rol almamı sağlarlar.			.67	
22. Hemşireler bebeğimin beslenmesinde aktif yer almamı sağlarlar.			.67	
20. Hemşireler bebeğime bakım verirken kendime güvenmem için beni cesaretlendirirler.			.64	
25. Hemşireler ağırlı işlemler sırasında bebeğimin yanında bulunmam ile ilgili tercihimi sorarlar.				.65
23. Hemşireler bebeğimin bakım planı hakkında görüşümü alırlar				.64
15. Hemşireler bebeğim ile ilgili tıbbi kayıtları incelememe izin verirler.				.61
26. Hemşireler bebeğim ile ilgili gözlemlerimi sorarlar.				.59
27. Hemşireler bebeğim ile ilgili önerilerimi dikkate alırlar.				.55
29. Hemşireler bebeğimin taburculuk planı ile ilgili benimle işbirliği yaparlar.				.55
24. Hemşireler bebeğimin bakımı sırasında onları izlememe izin verirler.				.54
28. Hemşireler bebeğim ile ilgili vizitelere katılmama izin verirler.				.54

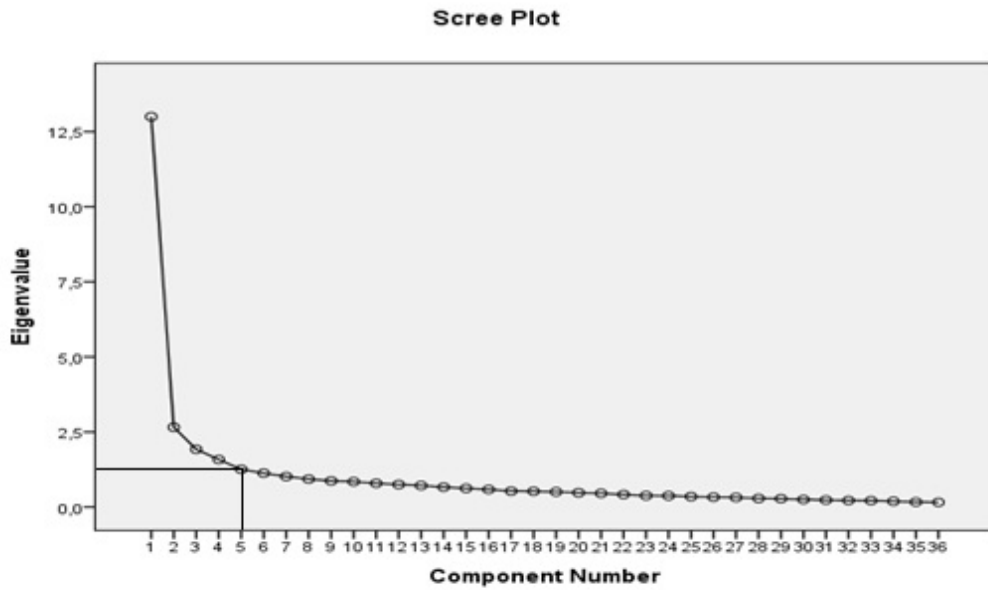
Tablo 4.2.4’de görüldüğü gibi Faktör 1, 7 maddeden oluştu ve madde faktör yükleri .68 ile .51 arasında değişmektedir. Faktör 2’de 9 madde yer aldı ve maddelerin faktör yükleri .77 ile .59 arasında bulundu. Faktör 3, 5 maddeden oluştu ve faktör yüklerinin .69 ile .64 arasında olduğu belirlendi. Faktör 4 ise 8 maddeden oluştu ve maddelerin faktör yükleri .65 ile .54 arasında bulundu.

Tablo 4.2.5. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği ve Alt Boyutlarının Yapısı

Ölçek ve Alt boyutları	Madde Sayısı	Maddeler
Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği (Toplam)	29	Tüm maddeler
Alt Boyutlar		
1. İtibar ve Saygı	7	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
2. Bilgi Paylaşımı	9	8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16,17
3. Bakıma Katılma	5	18, 19, 20, 21, 22
4. Aile ile İşbirliği	8	15, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29

Faktör analizi sonucunda elde edilen 29 maddelik ölçek Tablo 4.2.5’ de sunuldu.

Şekil 4.2.1. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği Öz Değer Çizgi Grafiği (Scree Plot)



AFA sonucunda ölçeğin faktörlerinin gözlendiği yamaç grafiği Şekil 4.2.1’de görülmektedir. Şekil 4.2.1’de hızlı düşüşün yaşandığı bileşenlerin 1, 2, 3 ve 4 numaralı faktörler olduğu, 5 numaralı faktörden itibaren ise şeklin yatay olarak seyrettiği gözlendi. Çizgi grafikte ölçeğin faktör sayısının 4 faktörlü yapı olduğunu gösterdi.

c) Ölçüt Geçerliği

Tablo 4.2.6. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği ve Aile Merkezli Bakım Ölçeği Arasındaki İlişki (n: 100)

Ölçekler	X±SS	R	P
Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği	118.96±31.80	.802	.000
Aile Merkezli Bakım Ölçeği	26.24±7.58		

Ölçüt geçerliği analizini yapmak için dış ölçüt olarak pediatrik hastalar için geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan AMBÖ kullanıldı. İki ölçek aynı örneklem grubuna uygulandı ve iki ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayısı hesaplandı. Bu çalışmada benzer ölçek olarak kullanılan AMBÖ ile geliştirilmekte olan YAMBÖ arasındaki korelasyon katsayısı r: .802 bulundu (Tablo 4.2.6).

d) Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Yapı Geçerlik Analizi: Doğrulayıcı Faktör Analizi

YAMBÖ’nün AFA’da belirlenen dört faktörlü yapısının geçerliğini sınamak için verilerin ikinci yarısı (n: 240) ile DFA sonuçlarına ait uyum değerleri Tablo 4.2.7’de verildi.

Tablo 4.2.7. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyumluluk Değerleri (n: 240)

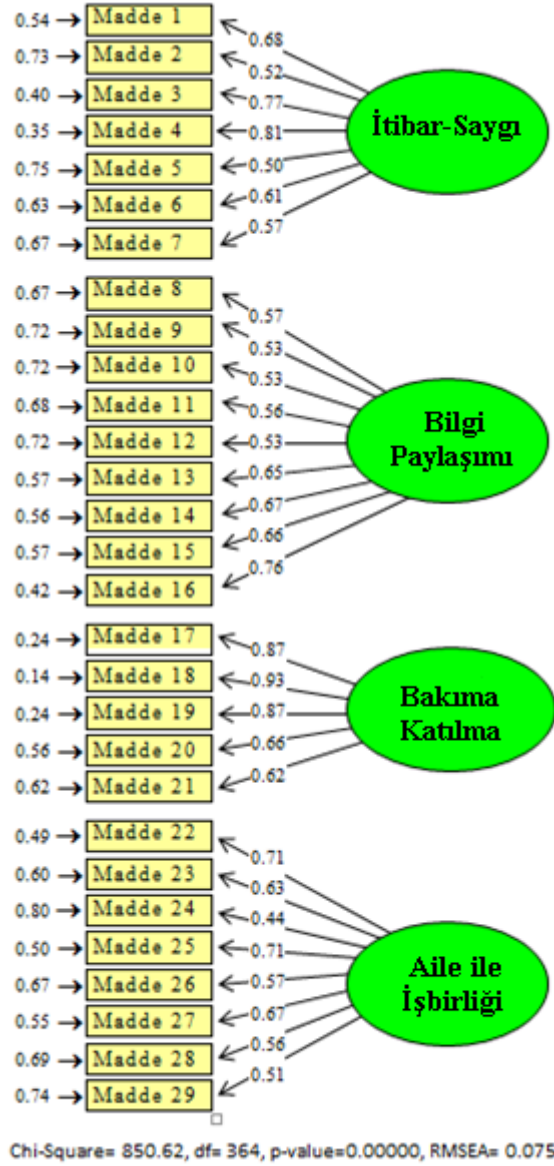
DFA Uyumluluk İstatistiği	Uyum Değerleri
Ki-kare / p değeri	850.62/ p = .00 (p<.05)
Serbestlik Derecesi	364
Ki-kare değeri: serbestlik derecesi	850.62:364=2.34*
RMSEA / p	.075 (p< .05)**
SRMR	.085
CFI	.96***
NNFI	.95***
GFI	.80
AGFI	.76

*** Mükemmel Uyum ** İyi Uyum * Kabul Edilebilir

RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation; SRMR: Standardized Root Mean Square Residual; CFI: Comparative Fit Index; NNFI: Non-Normed Fit Index; GFI: Goodness of Fit Index; AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index.

YAMBÖ'nün DFA sonuçlarına göre ki-kare uyum istatistik değeri 2.34, RMSEA uyum istatistik değeri .075 (<.080), SRMR uyum istatistik değeri .085, CFI uyum istatistik değeri .96, NNFI uyum istatistik değeri .95 olarak bulundu (Tablo 4.2.7).

Şekil 4.2.2. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları: Yol Katsayıları ve Hata Varyansları



Ölçek maddelerinin kendi boyutu ile olan yol katsayıları (faktör yükleri) itibar ve saygı alt boyutunda .50 ile .81, bilgi paylaşımı alt boyutunda .53 ile .76, bakıma katılma alt boyutunda .62 ile .93, aile ile işbirliği alt boyutunda .44 ile .71 arasında bulundu (Şekil 4.2.2). Bütün ölçek maddelerinin kendi boyutu ile olan yol katsayıları (faktör yükleri) .44 ile .93 arasında bulundu. Tüm maddelerin hata varyanslarının .80 altında olduğu saptandı (Şekil 4.2.2).

YAMBÖ'nün hata varyanslarına bakıldığında; itibar ve saygı alt boyutunda en düşük .35, en yüksek .73, bilgi paylaşımı alt boyutunda en düşük .42 en yüksek

.72, bakıma katılma alt boyutunda en düşük .14 en yüksek .62, aile ile işbirliği alt boyutunda en düşük .49 en yüksek .80 olarak bulundu (Şekil 4.2.2).

4.3. Güvenirlik Analizine İlişkin Bulgular

Geliştirilen YAMBÖ'nün madde analizleri kapsamında madde puan ortalama, standart sapma, madde toplam, madde faktör (alt boyut) korelasyonları ve madde silinirse α değerleri incelendi (Tablo 4.3.1).

Tablo 4.3.1. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği ve Alt Boyutlarının Madde-Toplam Puan Korelasyonları (n: 484)

Alt Boyut	Ölçek Maddeleri	$\bar{x} \pm SS$	Madde-Toplam		Madde-Alt Boyut		Madde Silinirse
			r	p	r	p	α
İtibar ve Saygı	Madde 1	4.04±.76	.58	.000	.73	.000	.94
	Madde 2	3.10±1.14	.57	.000	.67	.000	.94
	Madde 3	4.02±.78	.59	.000	.71	.000	.94
	Madde 4	4.05±.74	.62	.000	.76	.000	.94
	Madde 5	3.39±1.06	.51	.000	.65	.000	.94
	Madde 6	3.86±.87	.56	.000	.73	.000	.94
	Madde 7	4.03±.71	.56	.000	.69	.000	.94
Bilgi Paylaşımı	Madde 8	3.61±1.03	.65	.000	.77	.000	.94
	Madde 9	3.76±.95	.65	.000	.77	.000	.94
	Madde 10	3.70±.94	.70	.000	.79	.000	.94
	Madde 11	3.04±1.12	.64	.000	.72	.000	.94
	Madde 12	3.75±.96	.59	.000	.67	.000	.94
	Madde 13	4.17±.84	.60	.000	.70	.000	.94
	Madde 14	3.76±1.01	.65	.000	.77	.000	.94
	Madde 15	3.92±.90	.62	.000	.70	.000	.94
Bakıma Katılma	Madde 16	3.95±.84	.64	.000	.76	.000	.94
	Madde 17	4.22±.66	.55	.000	.83	.000	.94
	Madde 18	4.18±.71	.56	.000	.83	.000	.94
	Madde 19	4.21±.73	.62	.000	.82	.000	.94
	Madde 20	4.23±.76	.57	.000	.79	.000	.94
Aile ile İşbirliği	Madde 21	4.29±.64	.57	.000	.77	.000	.94
	Madde 22	2.95±1.09	.58	.000	.68	.000	.94
	Madde 23	3.40±.95	.64	.000	.70	.000	.94
	Madde 24	3.93±.90	.51	.000	.61	.000	.94
	Madde 25	3.14±1.04	.62	.000	.73	.000	.94
	Madde 26	3.60±.96	.61	.000	.72	.000	.94
	Madde 27	3.49±.96	.67	.000	.76	.000	.94
	Madde 28	3.26±1.07	.53	.000	.68	.000	.94
	Madde 29	3.55±1.01	.49	.000	.63	.000	.94
Ölçek Toplam		3.74±.90	.59	.000	.72	.000	.94

YAMBÖ'nün AFA sonrası ölçekte kalan ve uyumu DFA ile test edilen 29 maddeli yapısının güvenirlik çalışmasında madde analizleri tekrar yapıldı. Tüm maddelerin madde-toplam puan korelasyonları r: .49 ile .70 arasında bulundu ($p < .001$, Tablo 4.3.1). Madde puanlarının alt boyut puanları ile ilişkisi incelendiğinde, korelasyonlarının itibar ve saygı boyutunda r: .65 ile .76, bilgi paylaşımı boyutunda r: .67 ile .79, bakıma katılma boyutunda r: .77 ile .83, aile ile işbirliği boyutunda ise r: .61 ile .76 arasında değiştiği bulundu ($p < .001$, Tablo 4.3.1).

Ölçek yapısından bir madde çıkarıldığında elde edilen, toplam ölçeğin alfa güvenirlik katsayıları tüm maddeler için .94 olarak bulundu (Tablo 4.3.1).

YAMBÖ'den madde çıkarıldığında Cronbach alfa değerinde bir değişikliğin olmadığı görüldü.

a) Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Toplam Ölçek Puanları ile Korelasyonu

YAMBÖ'nün 4 alt boyutunun puanları ile toplam ölçek puanları arasındaki ilişki Tablo 4.3.2'de verildi.

Tablo 4.3.2. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Toplam Ölçek Puanları ile Korelasyonu (n: 484)

Alt boyutlar	Alt Boyut- Toplam Ölçek	
	r	P
1. İtibar ve Saygı	.81	.000
2. Bilgi Paylaşımı	.86	.000
3. Bakıma Katılma	.71	.000
4. Aile ile İşbirliği	.84	.000

Tablo 4.3.2'de görüldüğü gibi YAMBÖ'nün alt boyut puanları ile toplam puanlarının korelasyonları .71 - .86 arasında değiştiği ve aralarında anlamlı bir ilişki olduğu ($p < .001$) saptandı.

b) Toplam Ölçek ve Alt Boyutlarının İç Tutarlılığı İçin Cronbach Alfa Analizi

Tablo 4.3.3. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları (n: 484)

Ölçek ve Alt boyutları		Cronbach alfa	Madde sayısı
Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği		.93	29
Alt Boyutlar	1. İtibar ve Saygı	.82	7
	2. Bilgi Paylaşımı	.89	9
	3. Bakıma Katılma	.87	5
	4. Aile ile İşbirliği	.84	8

YAMBÖ ve alt boyutlarının güvenilirlik göstergelerinden biri olan iç tutarlılığı test etmek için yapılan analizde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için .93 bulundu. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin alt boyutlarının Cronbach alfa

değeri itibar ve saygı boyutunda .82, bilgi paylaşımı boyutunda .89, bakıma katılma boyutunda .87, aile ile işbirliği boyutunda .84 olarak bulundu (Tablo 4.3.3).

c) Zamana Göre Değişmezlik İçin Test-Retest Puanlarının Karşılaştırılmasında Bağımlı Gruplarda T Testi

Tablo 4.3.4. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Test-Tekrar Test Puan Ortalamalarının Korelasyonları (n: 40)

Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği	r	P
Birinci Ölçüm		
İkinci Ölçüm	.758	.000

YAMBÖ'nün zamana göre değişmezliğini sınamak için yapılan test tekrar test korelasyon değeri r: .758 olarak bulundu (Tablo 4.3.4).

5. TARTIŞMA

Ölçme işlemi bilimin temelini oluşturan önemli bir kavramdır. Bilimsel bir yöntem olan gözlem yoluyla insanlar, olaylar ve süreçler incelenebilir. Bu gözlemlerden elde edilen verilerin bilimsel olarak kullanılabilmesi için bunların herkes tarafından anlayabileceği şekilde tanımlanması gerekir. Ölçekler bilimsel verilerin herkes tarafından anlayabileceği şekilde toplanmasına olanak sağlar. Bu araştırma da YYBÜ’de verilen aile merkezli hemşirelik bakımının ölçülmesine olanak sağlayacak bir ölçek geliştirilmesi amacı ile yürütüldü.

Pediatride AMB ile ilgili çok az ölçek vardır ve bu ölçekler yenidoğanı kapsamadığı için yenidoğanlara özel ölçeğe gereksinim duyuldu (Curley ve ark. 2013; Altıparmak ve Taş Arslan 2016). Bu çalışmada geliştirilen 29 maddeli YAMBÖ geçerlik ve güvenilirliği test edildi.

YAMBÖ, YYBÜ’de verilen AMB düzeyinin belirlenmesinde kullanılabilir. AMB düzeyinin ölçülmesi eksikliklerin giderilmesi için AMB politikalarının geliştirilmesine katkı sağlayabilir. Bu yolla ölçeğin pediatriinin en önemli felsefelerinden biri olan yeni bir kavram olan AMB’nin geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünüldü. Geliştirilen YAMBÖ’nün bulguları iki başlık altında tartışıldı;

5.1. Geçerlik Analizlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. Geçerlik Analizine İlişkin Bulguların Tartışılması

Kapsam geçerliği geliştirilen ölçekteki maddelerin ve ölçeğin ölçülmek istenen özelliği ölçüp ölçmediğini belirlemek amacıyla uzman görüşüne başvurularak yapılmaktadır (Karakoç ve Dönmez 2014; Geçkil ve Tikici, 2015; Şahin ve Boztunç Öztürk 2017; Özdemir 2018). Bu çalışmada kapsam geçerliği için Lawshe tekniği kullanıldı (Lawshe 1975; Özdemir 2018). Lawshe tekniği; alanında uzman grubun oluşturulması, taslak ölçeğin hazırlanması, uzman görüşlerine başvurulması, maddelerin KGİ’sinin hesaplanması, ölçeğin KGİ’sinin hesaplanması, KGİ’ye göre taslak ölçek oluşturulması adımlarından oluşmaktadır (Lawshe 1975).

Çalışmanın kapsam geçerliği için alanında 12 uzman kişi (Ek-A) 48 maddelik taslak ölçeğin maddelerini 1 ile 4 arasında puanlaması istendi. Likert tipi ölçeklerde puanlama sırasıyla 1'den 4' kadar olumsuzluk belirten ifadeden olumluya doğru puanlanması önerilmektedir (Polit ve Beck 2006; Özdemir 2018). Yüksek ölçek puanı olumlu tutumu ifade ettiği için (Özdemir 2018) puanlamada bu yöntem izlendi. Her maddenin ölçmek istenen özelliği değerlendirmek için verilen puanlar; 1 puan "çok değişiklik gerekiyor, önerdiğim gibi", 2 puan "az değişiklik gerekiyor, önerdiğim gibi", 3 puan "uygun", 4 puan "çok uygun" olarak belirlendi. Maddelerin KGİ'si, o maddeye 3 ve 4 puan veren uzman sayısının (NG), toplam uzman sayısına (N) bölünmesiyle elde edildi (Tablo 4.2.1) (Polit ve Beck 2006). Ölçeğe alınacak maddelerin KGİ'si bazı araştırmalarda 0.78'in üzerinde olması gerektiğini (Polit ve Beck 2006), bazı araştırmalarda pilot çalışma ise 0.60 (Karakaplan ve Yıldız 2010; Özdemir 2018), temel araştırma ise 0.80 olması gerektiği vurgulanmaktadır (Özdemir 2018). Bu çalışmada KGİ'si 0.80 üzerinde olan maddeler kabul edildi. Oluşturulan 48 maddelik ölçekten 12 maddenin KGİ'si 0.80' den küçük olduğu için çıkarılarak 36 maddelik bir ölçek oluşturuldu. Ölçekteki maddelerin KGİ değerlerinin 0.81 ile 1.00 arasında değiştiği, ölçeğin toplam KGİ'sinin 0.95 olduğu hesaplandı (Tablo 4.2.1). Ölçeğin toplam KGİ değerinin 0.80 üzerinde olması kabul edilebilir bir değerdir (Polit ve Beck 2006).

Yapı geçerliği ile ölçekten bulunan sonucun hangi durum ile bağlantılı olduğu açıklanmaktadır (Karakoç ve Dönmez 2014). Bu aşamada elde edilen ölçek maddelerinin belirlenen özellikleri doğru ölçüp ölçmediğine bakılmaktadır (Büyüköztürk 2005). Yani faktör analizi ile birbiriyle ilişkili olan birçok değişken bir araya getirilip daha az sayıda anlamlı yeni değişkenler (faktörler) oluşturulur (Büyüköztürk 2002; Karakoç ve Dönmez 2014; Geçkil ve Tikici 2015). AFA'da örneklem yeterliliğine KMO katsayısı ve Barlett test sonuçlarına göre karar verilir. Barlett testinin anlamlı çıkması ($p < .05$) ve KMO değerinin .50'den büyük çıkması örneklem büyüklüğünün AFA için yeterli ve uygun olduğunu gösterir. KMO değeri; .90-1.00 arasında ise mükemmel, .80-.89 arasında ise çok iyi, .70-.79 arasında ise iyi, .60-.69 arasında ise orta, .50-.59 arasında ise zayıf, .50'nin altında ise kabul edilemez olarak değerlendirilir (Akgül 2005). Barlett testinin anlamlı çıkması ölçek maddelerinin arasında korelasyon olduğunu gösterir ve elde edilen verilerin açımlayıcı faktör analizine uygunluğunu gösterir (Geçkil ve Tikici 2015). 36

maddelik YAMBÖ ile yapılan faktör analizi sonucunda KMO'nun .923 olması örneklemin faktör analizine uygun olduğunu, Bartlett testinin (4825.33) anlamlı olması (p: .000), ankette bulunan maddelerin korelasyon matrisinin faktör analizi yapmaya uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 4.2.2).

YAMBÖ'nün faktör yapısı için verilerin ilk yarısı ile yapılan açımlayıcı faktör analizinde temel bileşenler analizi (Principal Components Analysis) ve varimax rotasyon yöntemi kullanıldı. Farklı faktör sayısı ile yapılan analizlerde en iyi yapının dört faktörlü olduğu görüldü. Ayrıca faktör sayısına karar verilirken faktörlerin açıkladığı varyans yüzdeleri ve çizgi grafiği dikkate alındı. Her bir faktör tarafından açıklanan varyansın oranının hesaplanmasında ve önemli faktör sayısına karar vermede öz değer (eigen value) katsayısı kullanılır (Çokluk ve ark. 2016). Faktör sayısına karar verilirken öz değer 1'in üzerinde olması dikkate alınır. Öz değer yükseldiğinde, faktörün açıkladığı varyans da yükselir (Büyüköztürk 2002; Yüzer ve ark. 2008; Çokluk ve ark. 2016). Yapılan AFA'da elde edilen dört faktörün öz değerleri 4.04 ile 5.93 arasında bulundu. Faktörler tarafından açıklanan varyans % 11.64 ile % 16.48 arasında olup, dört faktör toplam varyansın % 53.23'ünü açıklamaktadır (Tablo 4.2.3). Tüm faktörlerin öz değeri 1'in üzerinde olduğu için faktörlerin açıkladığı varyans da yüksektir.

AFA sonucunda ortaya çıkan 4 faktörlü yapının faktör yükleri Tablo 4.2.3'de gösterildi. Faktör yükü madde ile faktörler arasındaki ilişkiyi gösterir (Geçkil ve Tikici 2015; Çokluk ve ark 2016). Bir maddenin yer aldığı faktördeki yük değerinin yüksek olması istendik bir durumdur (Çokluk ve ark. 2016). Maddenin faktör yükünün düşük olması maddenin faktörle ilişkisinin güçlü olmadığını gösterir. Bazı kaynaklar bir maddenin faktör yükünün 0.30'dan büyük olmasını savunurken (Çokluk ve ark. 2016; Özdemir 2018), bazıları ise bu değer 0.40'dan büyük olması gerektiğini savunmaktadır (Büyüköztürk 2002; Geçkil ve Tikici 2015; Çokluk ve ark. 2016). Bu çalışmada kabul edilebilir faktör yükü .40 olarak ele alındı. Ölçekteki iki maddenin (Madde 12 ve Madde 13) faktör yükleri < .40 olduğu ve hiç bir faktörde yeterli yüke sahip olmadığı (Tablo 4.2.3) için ölçekten çıkarılmasına karar verildi. Çok faktörlü bir yapıda bir maddenin yüksek yük değeri ile birden fazla faktörde yer alması durumunda, maddenin faktörlerdeki yük değerleri arasındaki farkın en az .10 olması gerekir. Birden çok faktörde yüksek yük değeri veren ve faktörlerdeki yük değerleri arasında .10' dan az fark olan madde binişik bir madde olarak tanımlanır ve

ölçekten çıkarılır (Büyüköztürk 2002). Bu ölçekte faktör yükü .10'dan az bir farkla beş maddenin birden fazla boyutta yer aldığı görüldü ve binişik madde oldukları için ölçekten çıkarıldı (Madde 2-7-8-11-14). Binişik maddeler incelendiğinde hemşireler tarafından çok fazla benimsenmeyen ve yerine getirilmeyen girişimler olduğu ifade edilebilir. Örneğin ülkemizde yenidoğan hemşirelerin genellikle bebeklerin annelerine ismiyle hitap etmek yerine “annesi” şeklinde hitap ettikleri görülmektedir. Çıkan maddelerden sonra ölçekte kalan 29 maddenin faktör yüklerinin .51 ile .77 arasında değiştiği saptandı (Tablo 4.2.3 - Tablo 4.2.4).

Ölçüt geçerliğinde ölçüm aracının ölçülmek istenen özelliği, bir dış ölçüt (benzer ölçek) ile karşılaştırılarak belirlenir (Tezbaşaran 2008). Ölçüt geçerliği hesaplanırken ölçülmek istenen tutumla ilgili olduğu düşünülen daha önce geliştirilmiş ve geçerliği kanıtlanmış başka bir ölçek kullanılır (Özdemir 2018). Bu ölçüte dış ölçüt, bu tür geçerlik çalışmasına da uyum geçerliği ya da zamandaş geçerlik denir (Tezbaşaran 2008; Geçkil ve Tikici 2015). Dış ölçütte izlenecek en önemli yol iki ölçeği de aynı örneklem grubuna uygulamaktır. Aynı örneklem grubuna uygulandıktan sonra bulunan iki ölçek puanı arasında korelasyon katsayısı hesaplanır. Bu korelasyon katsayısı iki ölçeğin puanları arasındaki beraber değişimin ölçüsünü gösterir. Bu ölçü ne kadar yüksek çıkarsa iki ölçeğin aynı oranda benzer ölçüm yaptığını gösterir (Tezbaşaran 2008). Bu çalışmada benzer ölçek olarak kullanılan AMBÖ ile geliştirilmekte olan YAMBÖ arasındaki korelasyon katsayısı $r: .802$ olarak hesaplandı (Tablo 4.2.6). Bu değere göre iki ölçek arasındaki ilişkinin yüksek olduğu ve geliştirilen ölçeğin benzerleri ile uyum içinde olduğu görüldü.

YAMBÖ'nün AFA sonucunda ortaya çıkan yapısının doğrulanmasını test etmek için DFA kullanılır (Çapık 2014; Güngör 2016). YAMBÖ'nün AFA'da belirlenen dört faktörlü yapısının geçerliğini sınamak için verilerin ikinci yarısı ($n:240$) ile DFA yapıldı. Uyum istatistiği değerlerinden ki-kare uyum istatistiği araştırma sonuçlarında en çok kullanılan değerdir. Bir modelin kabul edilebilir olması için ki-kare değerinin anlamlı çıkmaması beklenir, ancak uygulamada genelde anlamlı çıktığı görülür. Çünkü bu değer örneklem büyüklüğüne çok duyarlıdır (Çapık 2014). Bunun yerine ki-kare değeri serbestlik derecesine bölünür ve çıkan değerin iki ya da altında olması modelin iyi bir model olduğunu, beş ya da daha altında olması

modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu gösterir (Hooper ve ark 2008; Çapık 2014). Bu çalışmada YAMBÖ'nün DFA analizi sonucuna göre bu değer; 2.34 olarak bulundu ve bu değer modelin kabul edilebilir bir model olduğunu göstermektedir.

Sık kullanılan diğer uyum iyiliği testleri Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Standardized Root Mean Square Residual (SRMR), Comparative Fit Index (CFI), Non-Normed Fit Index (NNFI), Goodness of Fit Index, (GFI), Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)'dir (Hooper 2008; Çapık 2014; Çokluk ve ark 2016). RMSEA yaklaşık ortalamaların karekökü anlamını ifade eder ve 0 ile 1 arasında değer alır (Çapık 2014; Evcı ve Aylar 2017). RMSEA'nın .080'e eşit ya da küçük olması ve p değerinin .05'den küçük olması (istatistiksel olarak anlamlı olması) uyumun iyi olduğunu; .10'dan küçük olması ise uyumun zayıf olduğunu gösterir (Hooper ve ark 2008; Çokluk ve ark 2016). Bu çalışmada RMSEA değerinin anlamlı ve .075 bulunması (<.080) uyumun iyi olduğunu göstermektedir.

Standardize edilmiş RMR (SRMR) değeri 0 ile 1 arasında değer alır (Erkorkmaz ve ark 2013; Evcı ve Aylar 2017). Bu değerın sıfıra yaklaşması uyum iyiliğinin daha iyi olduğu anlamına gelmektedir (Çapık 2014, Evcı ve Aylar 2017). SRMR'nin .05 altında olması mükemmel uyumu, .08'in altında olması iyi uyumu, .10'un altında olması zayıf uyumu göstermektedir (Çokluk ve ark 2016). Bu çalışmada SRMR değerinin .085 olarak bulunması zayıf uyumu göstermektedir.

CFI uyum iyiliği test değeri 0 ile 1 arasında değişmektedir. Değer 1'e yaklaştıkça uyum iyiliği artmaktadır (Evcı ve Aylar 2017). CFI değeri .95 üzerinde ise mükemmel uyumu, .90 üzerinde ise iyi uyumu göstermektedir (Çokluk ve ark 2016). Bu çalışmada CFI değerinin .96 olarak bulunması mükemmel uyumu göstermektedir.

NNFI uyum iyiliği test değeri .95 üzerinde ise mükemmel uyumu, .90 üzerinde ise iyi uyumu göstermektedir (Çokluk ve ark 2016). Bu çalışmada NNFI değerinin .95 olarak bulunması mükemmel uyumu göstermektedir.

Diğer uyum iyiliği testlerinden GFI ve AGFI indeksleri .95 üzerinde ise uyumun mükemmel olduğuna, .90 üzerinde ise iyi uyumu ifade eder (Hooper ve ark

2008; Çokluk ve ark 2016). Bu ölçeğin AGFI (.76) ve GFI (.80) değerleri sınıra yakın bulundu ve zayıf uyum olduğu görülmektedir.

Maddelerin alt boyutu ile ilişkisini gösteren yol katsayıları faktör yüküne eşdeğer yüklerdir ve en az .30 ve üzerinde olması önerilir (Çokluk ve ark 2016; Özdemir 2018). Ölçek maddelerinin kendi boyutu ile olan yol katsayıları (faktör yükleri) itibar-saygı alt boyutunda .50 ile .81, bilgi paylaşımı alt boyutunda .53 ile .76, bakıma katılma alt boyutunda .62 ile .93, aile ile işbirliği alt boyutunda .44 ile .71 arasında bulundu (Şekil 4.2.2). Kısaca ölçek maddelerinin kendi boyutu ile olan yol katsayıları (faktör yükleri) .30'dan yüksek olduğu için (.44 ile .93 arası) anlamlı bulundu (Şekil 4.2.2).

5.2. Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bir ölçme aracının güvenirligi, ölçülmek istenen değişkeni hangi tutarlılıkta ölçeceğini ve hatasız ya da kararlı ölçme sonuçlarını vermesini ifade eder (Karakoç ve Dönmez 2014; Geçkil ve Tikici 2015). Aynı ölçüm aracıyla aynı koşullarda gerçekleştirilen diğer ölçümlerde de sonuçlar değişiklik göstermemelidir (Ercan ve Kan 2004). Güvenirligi belirlemek için temel olarak alınan teknikler iç tutarlılık (Şahin ve Boztunç Öztürk 2017), değişmezlik (Geçkil ve Tikici 2015) ve duyarlılıktır (Karakoç ve Dönmez 2014). Bu çalışmada geliştirilen ölçeğin güvenirligi iç tutarlılık ve değişmezlik testleri ile analiz edildi.

Ölçeğin iç tutarlılığını test etmek için öncelikle madde analizleri (madde-toplam puan analizi, madde-alt boyut analizi ve alt boyut-toplam ölçek analizi) yapıldı. YAMBÖ'nün AFA sonrası ölçekte kalan ve uyumu DFA ile test edilen 29 maddeli yapısının güvenirlilik çalışmasında iç tutarlılık için madde analizleri yapıldı. Tüm maddelerin madde-toplam puan korelasyon analizinde güvenirlilik katsayılarının r: .49 ile .70 arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu bulundu ($p<.001$, Tablo 4.3.1). Madde puanlarının alt boyut puanları ile ilişkisi de Pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde, güvenirlilik katsayıları itibar-saygı boyutunda r: .65 ile .76, bilgi paylaşımı boyutunda r: .67 ile .79, bakıma katılma boyutunda r: .77 ile .83, aile ile işbirliği boyutunda ise r: .61 ile .76 arasında olmak üzere pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bulundu ($p<.001$, Tablo 4.3.1).

Ölçek yapısından bir madde çıkarıldığında elde edilen, toplam ölçeğin alfa güvenilirlik katsayıları tüm maddeler için .94 olarak bulundu. Herhangi bir maddenin çıkarılması ile ölçek iç tutarlılık güvenilirliğinde bir değişiklik olmadığı görüldü (Tablo 4.3.1). YAMBÖ'den madde çıkarıldığında Cronbach alfa değerinde bir değişikliğin olmaması, güvenilirlik düzeyini olumsuz yönde etkileyen bir maddenin bulunmadığını göstermektedir. Madde-toplam puan korelasyon katsayılarının yeterlilik düzeyi kaynaklara göre değişiklik göstermektedir. Bu değer .30 üzerinde olması gerekmektedir. Ancak bazı araştırmacılar bu değeri .20 olarak kabul etmektedir. Korelasyon katsayısı yükseldikçe, maddelerin güvenilirliği de yükselir (Geçkil ve Tikici 2015). Güvenirliği yüksek tutmak için bu araştırmada .40 değeri baz alındı (Tablo 4.3.1).

İç tutarlılık için YAMBÖ'nün 4 alt boyutunun puanları ile toplam ölçek puanları arasındaki korelasyonlar incelendi (Tablo 4.3.2). Kaynaklarda madde toplam korelasyon katsayısının .30 üzerinde olması önerilmekte olsa da güvenilirliğin yüksek olması için .40 üzeri olması gerektiği savunulmaktadır (Geçkil ve Tikici 2015). YAMBÖ'nün alt boyutlarının toplam ölçek puanı ile korelasyonları incelendiğinde, güvenilirlik katsayılarının r : .71 ile .86 arasında, pozitif yönde, güçlü ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptandı ($p < .001$, Tablo 4.3.2).

İç tutarlılık analizi için toplam ölçek ve alt boyutların Cronbach alfa katsayıları hesaplandı (Cronbach 1951; Şahin ve Boztunç Öztürk 2018). Cronbach alfa katsayısı ile ölçek ifadelerinin iç tutarlılığı ölçülmektedir. Bu değer yüksek olması ölçek ifadelerinin birbiriyle tutarlılığının olduğunu göstermektedir (Özdemir 2018). Cronbach α katsayısının değerlendirme ölçütleri; $0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değil, $0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirlikte, $0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilir, $0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir olarak kabul edilmektedir (Özdemir 2018). Likert tipi ölçeklerde Cronbach alfa katsayısının kaynaklarda .70 üzerinde olması gerektiği savunulurken bu değer mümkün olduğunca 1'e yakın olması gerektiği belirtilmektedir (Kurnaz ve Yiğit 2010).

YAMBÖ ve alt boyutlarının güvenilirlik göstergelerinden biri olan iç tutarlılığı test etmek için yapılan analizde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ölçeğin toplamı için .93 bulundu. YAMBÖ'nün alt boyutlarının Cronbach alfa değeri itibar ve saygı

boyutunda .82, bilgi paylaşımı boyutunda .89, bakıma katılma boyutunda .87, aile ile işbirliği boyutunda .84 olarak bulundu (Tablo 4.3.3). YAMBÖ'nün alt boyutlarının Cronbach alfa değeri .82 ile .89 (Tablo 4.3.3) arasında olduğu için ölçeğin iç tutarlılığının yüksek derecede güvenilir olduğu bulundu.

Ölçeğin ölçümünün zamana göre değişmezliğini test etmek için test-tekrar test analizi yapıldı. Test-tekrar test güvenilirliği, ölçme aracının yapılan farklı uygulamalarda benzer sonuçlar verebilme ölçüsüdür (Tezbaşaran 2008; Kuşeli Dost ve Kaya 2015). Test-tekrar test uygulaması aralıksız ve aralıklı yöntemden oluşmaktadır. Aralıksız yöntemde test uygulanan gruba, hiç ara verilmeden ya da iki test arası çok kısa bir dinlenmeden sonra uygulanır. Aralıklı yöntemde uygulamanın iki ya da dört hafta ara ile yapılması önerilir (Gözüm ve Aksayan 2003). Geliştirilen ölçeğin güvenilirliğini bulmak için iki farklı uygulamadan hesaplanan puanlar arasındaki korelasyona bakılır. Test puanları için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon eşitliği kullanılmalıdır (Gözüm ve Aksayan 2003; Geçkil ve Tikici 2015).

YAMBÖ'nün test-tekrar test için 40 kişiye aralıksız yöntemle (iki test arası 1 saat) iki kez ölçüm yapıldı. Test tekrar test korelasyon değeri $r: .758$ olarak bulundu (Tablo 4.3.4) ve bu değer ölçeğin zamana göre değişmediğini göstermektedir.

6. SONUÇLAR

YAMBÖ'nün geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla yürütülen bu araştırmada elde edilen bulgular sonucunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

- YAMBÖ geliştirmek için 48 maddelik taslak ölçek ile yola çıkıldı. Uzman görüşleri sonrasında hesaplanan KGİ sonuçlarına göre ölçekte kalan 36 maddenin KGİ değerlerinin 0.81 ile 1.00 arasında değiştiği ve ölçek toplamının KGİ değerinin 0.95 olduğu belirlendi.
- YAMBÖ'nün 36 maddesi ile yapılan AFA'da Kaiser-Meyer Olkin (KMO) katsayısı .923 ve Bartlett testi sonucu çok ileri düzeyde anlamlı ($\chi^2= 4825.33$, df: 630, p: .000) olması örneklemin uygunluğunu gösterdi.
- AFA sonrasında faktörlerin öz değerleri 4.04 ile 5.93 arasında değişen 4 boyutlu bir ölçek elde edildi. Faktörler tarafından açıklanan toplam varyansın %53.23 olduğu belirlendi.
- Faktör 1; 7 maddeden oluştu ve madde faktör yükleri .68 ile .51 arasında değişmektedir. Faktör 2; 9 maddeden oluştu ve maddelerin faktör yükleri .77 ile .59 arasında bulundu. Faktör 3; 5 maddeden oluştu ve faktör yüklerinin .69 ile .64 arasında olduğu belirlendi. Faktör 4; 8 maddeden oluştu ve maddelerin faktör yükleri .65 ile .54 arasında bulundu.
- Benzer ölçek olarak kullanılan AMBÖ ile geliştirilmekte olan YAMBÖ arasındaki korelasyon katsayısı r: .802 hesaplandı ve uyumlu olduğu görüldü.
- YAMBÖ'nün DFA sonuçlarına göre ki-kare uyum istatistik değeri 2.34, RMSEA uyum istatistik değeri .075 (<.080), SRMR uyum istatistik değeri .085, CFI uyum istatistik değeri .96, NNFI uyum istatistik değeri .95 olarak bulundu ve uyum indekslerinin yapıyı doğruladığı belirlendi.
- Ölçeğin güvenilirlik testlerinde madde analizlerinde bir madde çıkarıldığında elde edilen, toplam ölçeğin alfa güvenilirlik katsayıları tüm maddeler için .94 olarak bulundu. Madde çıktığında Cronbach alfa değerinde bir değişikliğin olmadığı görüldü.
- YAMBÖ'nün alt boyut puanları ile toplam puanlarının korelasyonları .71 - .86 arasında değiştiği ve aralarında anlamlı bir ilişki olduğu ($p<.001$) saptandı.

- YAMBÖ ve alt boyutlarının güvenilirlik göstergelerinden biri olan iç tutarlılığı test etmek için yapılan analizde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için .93 ve alt boyutlarının Cronbach alfa değeri itibar ve saygı boyutunda .82, bilgi paylaşımı boyutunda .89, bakıma katılma boyutunda .87, aile ile işbirliği boyutunda .84 olarak bulundu
- YAMBÖ'nün test-tekrar test korelasyon değeri r : .758 olarak bulundu. Ölçeğe verilen yanıtların zamana göre değişmediği görüldü.
- Yapılan analizler YAMBÖ'nün geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu gösterdi.

7. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre;

- YAMBÖ, YYBÜ'lerde AMB değerlendirilmesine ve ilişkili faktörlerin belirlenmesine yönelik tanımlayıcı araştırmalarda kullanılabilir.
- Ayrıca AMB geliştirilmesine yönelik programların uygulandığı araştırmalarda ön test-son test ölçüm aracı olarak kullanılabilir.
- Farklı kültürlerde ölçeğin geçerliği ve güvenirliği sınanabilir.
- YAMBÖ2'nün kullanımı hakkında tanıtım ve uygulamasının artırılmasında kullanılabilir.

8. KAYNAKLAR

- Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri “SPSS Uygulamaları”. 2005. 1. Baskı. Emek Ofset Ltd. Şti. Ankara.
- Atay G, Eras Z, Ertem İ. Çocuk Hastaların Hastane Yatışları Sırasında Gelişimlerinin Desteklenmesi. Çocuk Dergisi. 2011; 11(1):1-4.
- Aykanat B, Gözen D. Çocuk Sağlığı Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım Yaklaşımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 3(1):683-695.
- Altıparmak D, Taş Arslan F. Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. J Pediatri Res. 2016; 3(2):97-103.
- Alves E, Severo M, Amorim M, Grande C, Silva S. A Short Form of the Neonatal Intensive Care Unit Family Needs Inventory. Jornal de Pediatria. 2016; 92(1): 73-80.
- Berlin EA, Fowkes WC. A Teaching Frame Work for Cross-Cultural Health Care. The Western Journal of Medicine. 1983; 139(6): 934-938.
- Büyüköztürk Ş. Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi. 2002; 32: 470-483.
- Büyüköztürk Ş. Veri Analizi El Kitabı. 2005. 5. Baskı. Pegem Yayınları. ss:1-182.
- Byers JF, Lowman LB, Francis J, Kaigle L, Lutz NH, Waddell T, Diaz AL. A Quasi-Experimental Trial on Individualized, Developmentally Supportive Family-Centered Care. Journal of Obstet Gynecol Neonatal Nursing. 2006; 35(1): 105-115.
- Boztepe H. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. Türk Klinikleri. 2008; 1(2): 88-93.
- Beck SA, Weis J, Greisen G, Anderson M, Zoffmann V. Room for Family-Centered Care – a Qualitative Evaluation of a Neonatal Intensive Care Unit Remodeling Project. Journal of Neonatal Nursing. 2009; 15:88-99.
- Boztepe H, Çavuşoğlu H. Bir Üniversite Hastanesindeki Uygulamaların Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2009; 11-24.
- Boztepe H. Pediatri Hemşirelerinin Ağrılı İşlemler Sırasında Ebeveynlerin Bulunması Hakkında Görüşleri. 2. Ulusal 1. Uluslar arası Akdeniz Pediatri Hemşireliği Kongresi (sözel bildiri). 16-19 Kasım 2009 Ankara:171-179.
- Cronbach LJ. Coefficient Alpha And The Internal Structure Of Tests. Psychometrika. 1951; 16(3): 297-334.
- Cooper L, Gooding JS, Gallagher J, Sternesky L, Ledsy R, Berns SD. Impact of a Family Centered Care Initiative on NICU Care, Staff and Families. J Perinatol 2007; 27(Suppl 2):32-7.
- Cockcroft S. How Can Family Centered Care be Improved to Meet the Needs of Parents With a Premature Baby in Neonatal Intensive Care? Journal of Neonatal Nursing. 2012; 18:105-110.
- Curley M, Hunsberger M, Harris S K. Psychometric Evaluation of the family-centered care scale for pediatric acute care nursing. Nursing Research. 2013; 62:160-168.
- Conk Z, Başbakkal Z, Yardımcı F. Çocuk Sağlığına Genel Bakış. Eds: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B. Pediatri Hemşireliği. 2018, Akademisyen kitabevi, Ankara, Türkiye, ss: 41-45.
- Çalışır H, Şeker S, Güler F, Taşçıoğlu Anaç G, Türkmen M. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Ebeveynlerin Gereksinimleri ve Kaygı Düzeyleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008; 12(11):31-44.
- Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Inc. 2013, 8th Edition, Ankara, Türkiye, s: 19.
- Çırlak A, Erdemir F, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Bebeklerin Ebeveynlerinin Rahatlık Düzeyi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013; 16(2):73-81.
- Çapık C. Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmalarında Doğrulamalı Faktör Analizinin Kullanımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 17(3): 196-205.

- Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve Lisrel Uygulamaları. 2016. 4. Baskı. Pegem Akademi. Ankara. ss: 177- 249, 275-331.
- Davies R. Marking the 50th Anniversary of the Platt Report: From Exclusion, to Toleration and Parental Participation in the Care of the Hospitalized Child. *Journal of Child Health Care*. 2010; 14(1): 6-23.
- Dur Ş, Gözen D, Bilgin M. Devlet ve Özel Hastanedeki Hemşirelerin Aile Merkezli Bakıma İlişkin Tutum ve Davranışları. *The Journal of Current Pediatrics*. 2016; 14:1-9.
- Davidson JE. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric and Adult ICU. *Critical Care Medicine*. 2017; 45(1): 103-128.
- Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde Güvenirlilik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004; 30(3): 211-216.
- Er M. Çocuk, Hastalık, Anne-Babalar ve Kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2006; 49: 155-168.
- Erdeve Ö. Aile Merkezli Bakım ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Tasarımında Ailenin Yeri. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2009; 51: 199-203.
- Eras Z, Atay G, Şakrucu ED, Bingöller EB, Dilmen U. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Gelişimsel Destek. *Şişli Eftal Tıp Bülteni*. 2013; 47(3): 97-103.
- Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu SY. Doğrulamalı Faktör Analizi ve Uyum İndeksleri. *Türkiye Klinikleri*. 2013; 33(1): 210-223.
- Evcı N, Aylar F. Derleme: Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Doğrulamalı Faktör Analizinin Kullanımı. *Sosyal Bilimler Dergisi*. 2017; 4(10): 389-412.
- Flacking R, Lehtonen L, Thomson G, Axelin A, Ahlqvist S, Moran VH, Ewald U, Dykes F. Closeness and Separation in Neonatal Intensive Care. *Acta Paediatrica*. 2012; 101: 1032-1037.
- Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2003; 1: 3-14.
- Gooding JS, Cooper LG, Blaine AI, Franck LS, Howse JL, Berns SD. Family Support and Family-Centered Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Origins, Advances, Impact. *Seminars In Perinatology*. 2011; 19-28.
- Gill FJ, Pascoe E, Monterosso L, Young J, Burr C. Parent and Staff Perceptions of Family-Centered Care in Two Australian Children's. *European Journal for Person Centered Healthcare*. 2014; 1(2): 317-325.
- Geçkil T, Tikici M. Örgütsel Demokrasi Ölçeği Geliştirme Çalışması. *Amme İdaresi Dergisi*. 2015; 48(4): 41-78.
- Güngör D. Psikolojide Ölçme Araçlarının Geliştirilmesi ve Uyarlanması Kılavuzu. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2016; 19(38): 104-112.
- Günay U, Polat S. Pediatrik Onkoloji Kliniğinde Verilen Aile Merkezli Bakım Eğitiminin Değerlendirilmesi: Hekim ve Hemşire Görüşleri. *Bozok Tıp Dergisi*. 2017; 7(1): 12-21.
- Harrison H. The Principles for Family-Centered Neonatal Care. *Pediatrics*. 1993; 92(5): 643-650.
- Hooper D, Coughlan J, Mullen MR. Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*. 2008; 6(1): 53-60.
- Harrison TM. Family Centered Pediatric Nursing Care: State of Science. *J Pediatr Nurs*. 2009; 25: 335-43
- Hallaç S, Öz F. Aile Kavramına Kuramsal Bir Bakış. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2014; 6(2): 142-153.
- Jolley J, Shields L. The Evolution of Family-Centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*. 2009; 24(2): 164-170.
- Kain ZN, Caldwell-Andrews A, Mayes L, Weinberg M, Wang SM, Maclaren JE, Blound R. Family-Centered Preparation for Surgery Improves Perioperative Outcomes in Children. *Anest hesiology*. 2007; 103: 65-74.

- Karabudak SS, Ak B, Başbakkal Z. Girişimler Sırasında Aile Üyeleri Nerede Olmalı? Türk Pediatri Arşivi Dergisi. 2010; 45: 53-60.
- Karakaplan S, Yıldız H. Doğum Sonu Konfor Ölçeği Geliştirme Çalışması. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010; 3(1): 55-65.
- Kurnaz MA, Yiğit N. Physics Attitude Scale: Development, Validity and Reliability. Necatibey Eğitim Fakültesi Elektronik Fen ve Matematik Eğitimi Dergisi. 2010; 4(1): 29-49.
- Konukbay D, Arslan F. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Yenidoğan Ailelerinin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011; 14(2): 16-22.
- Karagöz Y. SPSS 21.1 Uygulamalı Biyoistatistik. 2014. Nobel Akademik Yayıncılık. Ankara. 650.
- Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. Tıp Eğitimi Dünyası. 2014; 40: 39-49.
- Kuşeli Dost S, Kaya H. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeğinin Güvenirlilik ve Geçerliliği. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2015; 23(3): 195-202.
- Kaya A, Tutar Güven Ş, İşler Dalgıç A. Nursing Student's Level of Knowledge on Family Centered Care. International Journal on New Trends in Education and Their Implications. 2016; 7(4): 40-49.
- Lawshe CH. A Quantitative Approach to Content Validity. Personnel Psychology. 1975; 28: 563-575.
- Latour JM, Duivenvoorden HJ, Hazelzet JA, Goudoever JB. Development and validation of a neonatal intensive care parent satisfaction instrument. Pediatr Crit Care. 2012; 13(5): 554-559.
- Özyazıcıoğlu N, Güdücü Tüfekçi F. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebekleri Bakım Alan Annelerin Kaygı ve Umutsuzluk Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009; 12(4): 66-73.
- Öztürk C, Ayar D. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2014; 7(4):315-320.
- Özdemir Z. Sağlık Bilimlerinde Likert Tipi Tutum Ölçeği Geliştirme. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2018; 5(1): 60-68.
- Özkan S, Taş Arslan F. Hastanede Yatan Çocukta Aile Merkezli Bakım. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi. 2018; 12: 161-179.
- Polit DE, Beck CT. The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. Research in Nursing & Health. 2006; 29: 489-497.
- Robertson J, Bowlby J. Responses of Young Children to Separation from Their Mothers. Courier Centre International de l'enfance. 1952; 2: 131-142.
- Riper MV, Columbus, Ohio. Family-Provider Relationships and Well-Being in Families With Preterm Infants in the NICU. Heart & Lung. 2001; 1(30):74-84.
- Raiskila S, Axelin A, Rapeli S, Vasko I, Lentonen L. Trends in Practices Reflecting Parental Involvement in Neonatal Care. Early Human Development. 2014; 90: 863-867.
- Shelton TL, Jeppson ES, Johnson BH. Family-Centered Care for Children With Special Health Care Needs. 1987; 1-72.
- Shields L, Monay H. John Bowlby and James Robertson: Theorists, Scientists and Crusaders for Improvements in the Care of Children in Hospital. Journal of Advanced Nursing. 2001; 35(1): 50-58.
- Statement P. American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care. Institute for Family-Centered Care. Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. American Academy of Pediatrics. 2003; 112(3): 691-697.
- Shields L, Tanner A. Pilot Study of a Tool to Investigate Perceptions of Family-Centered Care in Different Care Settings. Pediatric Nursing Journal. 2004; 30(3): 189-197.
- Slavec A, Drnovsek M. A Perspective on Scale Development in Entrepreneurship Research. Economic and Business Review. 2012; 14(1): 39-62.

- Shirazi ZH, Sharif F, Rakhshan M, Pishva N, Jahanpour F. The Obstacles Against Nurse-Family Communication in Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Unit: a Qualitative Study. *Journal of Caring Sciences*. 2015; 4(3):207-216.
- Şahin MG, Boztunç Öztürk N. Eğitim Alanında Ölçek Geliştirme Süreci: Bir İçerik Analizi Çalışması. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 2018; 26(1): 191-199.
- Tezbaşaran AA. Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu. 2008. 3. Sürüm. E-Kitap. ss: 47-53.
- Törüner EK, Büyükgönenç L. Çocuk Sağlığı. Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Inc. 2011, Ankara, Göktuğ yayıncılık, Türkiye, ss: 24-25.
- Taş Arslan F, Turgut R. Prematüre Bebek Annelerinin Evdeki Bakım Gereksinimleri ve Bakım Verme Yeterliliklerini Algılama Durumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2013; 6(3):119-124.
- Tosun A, Güdücü Tüfekçi F. Çocuk Kliniklerinde Aile Merkezli Bakım Uygulamalarının İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; 18(2):131-139.
- Uludağ A, Ünlüoğlu İ, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Bebeklerin Annelerinde Stres Oluşturan Faktörler; Stresle Başa Çıkmada Birinci Basamağın Rolünün Belirlenmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2012; 4(3):19-26.
- Yüzer S, Alıcı D, Yiğit R. Pediatri Hemşirelerinin Roller ve Fonksiyonları Ölçeğinin Uygulamasının Geliştirilmesi: Güvenirliği ve Geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008; 11(4): 19-28.
- Yavaş Çelik M. Çocuk Hastalarda Aile Merkezli Bakım ve Hemşirelik. *Sağlık ve Toplum*. 2018; 28(1):26-31.
- Yayan EH, DAĞ YS, Düken ME. Çocuk Hemşiresi ve Öğrencilerinin Empatik Eğilimlerinin Aile Merkezli Yaklaşım Etkisinin İncelenmesi. *HSP*. 2018; 5(2): 179-187.
- White RD. Individual Rooms in the NICU. *Journal of Perinatology*. 2003; 23: 522-524.

9. EKLER

EK-A: Uzman Görüşü Alınan Hocaların Listesi

1. Prof. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN
2. Prof. Dr. Filiz HİSAR
3. Prof. Dr. Hüsnüye ÇALIŞIR
4. Prof. Dr. Sevil İNAL
5. Doç. Dr. Duygu GÖZEN
6. Doç. Dr. Nejla Canbulat ŞAHİNER
7. Doç. Dr. Özgür ALPARSLAN
8. Doç. Dr. Ayşe Sonay KURT
9. Dr. Öğr. Üyesi Bedriye AK
10. Dr. Öğr. Üyesi Zerrin ÇİĞDEM
11. Dr. Öğr. Üyesi Dicle AYAR
12. Öğr. Gör. Deniz ALTIPARMAK

EK-B: Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği (48 maddelik taslak ölçek)

Alt Boyut	Ölçek Maddeleri	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
İtibar ve Saygı	1. Hemşireler ebeveyn olarak bana saygı gösterdiklerini hissettirirler.					
	2. Hemşireler beni görünce selamlarlar.					
	3. Hemşireler bir şey sormak istediğimde beni iyi karşılarlar.					
	4. Hemşireler benim sorunlarıma ilgi gösterirler.					
	5. Hemşireler benim kişisel gereksinimlerimi karşılamama yardım ederler.					
	6. Hemşireler benim hastanede kaldığım oda ile ilgilenirler.					
	7. Hemşireler babanın bebeği ziyaret etmesi konusunda teşvik edici olurlar.					
	8. Hemşireler şahsi problemlerini bize yansıtmazlar.					
	9. Hemşireler ebeveynlere genellikle güler yüzlü davranırlar.					
	10. Hemşireler bebeğime kendi çocuğu gibi incitmeden davranmaya özen gösterirler.					
	11. Hemşireler sınırlı olsalar bile bize bunu yansıtmazlar.					
	12. Hemşireler bana isimle hitap ederler.					
	13. Hemşireler nezaketli bir şekilde davranırlar.					
	14. Hemşireler bana saygı değer bir birey olduğumu hissettirirler.					
	15. Hemşireler sınırlendiklerinde ses tonunu yükseltmezler.					
	16. Hemşireler kültürel özelliklerime saygı gösterirler.					
	17. Hemşireler dini gereksinimlerime saygı gösterirler.					
Bilgi Paylaşımı	18. Hemşireler bebeğimin sağlık durumu hakkında bilgi verirler.					
	19. Hemşireler bebeğimin sağlık durumundaki değişiklikler hakkında bilgi verirler.					
	20. Hemşireler bana yenidoğan ünitesini tanıtırılar.					
	21. Hemşireler bebeğimin beslenmesi hakkında bilgi verirler.					
	22. Hemşireler bebek banyosu hakkında bilgi verirler.					
	23. Hemşireler anne sütünün yararları hakkında bilgi verirler.					
	24. Hemşireler anne sütünün sağılması ve saklanması konularında bilgi verirler.					
	25. Hemşireler bebeğin aşılı hakkında bilgi verirler.					
	26. Hemşireler evde bebek bakımı ile ilgili bilgi verirler.					
	27. Hemşireler lohusalık hakkında bilgi verirler.					
	28. Hemşireler bebeğime yapılan tedaviler hakkında beni bilgilendirirler.					
	29. Hemşireler bebeğimin laboratuvar sonuçları hakkında beni bilgilendirirler.					
	30. Hemşireler bebeğimin hastalığı hakkında beni bilgilendirirler.					
	31. Hemşireler bebeğimin klinikteki büyüme gelişmesi ile ilgili beni bilgilendirirler.					
	32. Hemşireler bebeğimde bulunan tıbbi araçlar (monitör, sonda, serum gibi) hakkında beni bilgilendirirler.					
Bakıma Katılma	33. Hemşireler bebeğimin beslenmesinde yer almam için beni cesaretlendirirler.					
	34. Hemşireler bebek banyosuna katılmam için beni cesaretlendirirler.					
	35. Hemşireler bebeğimle konuşmam için beni teşvik ederler.					
	36. Hemşireler bebeğime dokunmam için bana fırsat verirler.					

Alt Boyut	Ölçek Maddeleri	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
	37. Hemşireler bebeğimin alt değişimini yapmam için bana fırsat verirler.					
	38. Hemşireler bebeğimin özel bakım gereksinimlerini (kolostomi bakımı, tüple besleme vb) öğrenmeye yardımcı olurlar.					
	39. Hemşireler bakım vermede kendime güven konusunda beni cesaretlendirirler.					
Aile ile İşbirliği	40. Hemşireler bebeğimin tedavi planı hakkında görüşümü alırlar.					
	41. Hemşireler bebeğimin bakımı sırasında onları izlememe izin verirler.					
	42. Hemşireler bebeğime dokunma, bebeğimi sevmem konusunda bana rol model olurlar.					
	43. Hemşireler bebeğime yapılacak ağırlı işlemlerde bebeğin yanında bulunup bulunmamamla ilgili tercihim sorarlar.					
	44. Hemşireler bebekle ilgili gözlemlerimi sorarlar.					
	45. Hemşireler bebekle ilgili önerilerimi dikkate alırlar.					
	46. Hemşireler bebeğimin gereksinimlerinin karşılanmasında benimle işbirliği yaparlar.					
	48. Hemşireler bebeğimin taburculuk planı ile ilgili benimle işbirliği yaparlar.					

EK-C: Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği (36 maddelik taslak ölçek)

Alt Boyut	Ölçek Maddeleri	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
İtibar ve Saygı	1. Hemşireler ebeveyn olarak bana saygı duyarlar.					
	2. Hemşireler bana ismim ile hitap ederler.					
	3. Hemşireler beni görünce selam verirler.					
	4. Hemşireler aile üyelerine güler yüzlü davranırlar.					
	5. Hemşirelere bir şey sormak istediğimde bana iyi davranırlar.					
	6. Hemşireler benim yaşadığım sorunlarıma ilgi gösterirler.					
	7. Hemşireler hastanede kaldığım odanın ihtiyaçları ile ilgilenirler.					
	8. Hemşireler kişisel gereksinimlerimi karşılamam için uygun ortam hazırlarlar.					
	9. Hemşireler kültürel farklılıklarıma saygı duyarlar.					
	10. Hemşireler dini gereksinimlerime saygı duyarlar.					
	11. Hemşireler bebeğimizi ziyaret etmemiz için bizi teşvik ederler.					
Bilgi Paylaşımı	12. Hemşireler bana yenidoğan yoğun bakım ünitesini tanıtırılar.					
	13. Hemşireler ihtiyacım olduğunda kendilerine nasıl ulaşacağım konusunda bana bilgi verirler.					
	14. Hemşireler yapılacak tüm girişimlerden önce bana açıklama yapar ve onayımı alırlar.					
	15. Hemşireler bebeğimin hastalığı hakkında beni bilgilendirirler.					
	16. Hemşireler bebeğimin sağlık durumu hakkında anlayabileceğim şekilde bana açıklama yaparlar.					
	17. Hemşireler bebeğime yapılan tedaviler hakkında beni bilgilendirirler.					
	18. Hemşireler bebeğimin tahlil ve laboratuvar sonuçları hakkında beni bilgilendirirler.					
	19. Hemşireler bebeğim için kullanılan tıbbi araçlar (monitör, serum, sonda) hakkında bana açıklama yaparlar.					
	20. Hemşireler bebeğimin bakımı (beslenme, banyo, alt değişimi) hakkında bana bilgi verirler.					
	21. Hemşireler bebeğimin klinikteki büyüme gelişmesi ile ilgili beni bilgilendirirler.					
	22. Hemşireler bebeğim ile ilgili tıbbi kayıtları incelememe izin verirler.					
	23. Hemşireler evde bebek bakımı ile ilgili bana bilgi verirler.					
	24. Hemşireler bebeğimin düzenli izlem ve aşıları hakkında bana bilgi verirler.					
Bakıma Katılma	25. Hemşireler bebeğime ile temas kurmam (dokunmam, kucaklamam ve kanguru bakımı yapmam) için beni teşvik ederler.					
	26. Hemşireler bebeğimle konuşmam/iletişim kurmam için beni teşvik ederler.					
	27. Hemşireler bebeğime bakım verirken kendime güvenmem için beni cesaretlendirirler.					
	28. Hemşireler bebeğimin bakımında (banyo, alt değişimi, giydirilmesi) rol almamı sağlarlar.					
	29. Hemşireler bebeğimin beslenmesinde aktif yer almamı sağlarlar.					

Alt Boyut	Ölçek Maddeleri	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Aile ile İşbirliği	30. Hemşireler bebeğimin bakım planı hakkında görüşümü alırlar.					
	31. Hemşireler bebeğimin bakımı sırasında onları izlememe izin verirler.					
	32. Hemşireler ağırlı işlemler sırasında bebeğimin yanında bulunmam ile ilgili tercihim sorarlar.					
	33. Hemşireler bebeğim ile ilgili gözlemlerimi sorarlar.					
	34. Hemşireler bebeğim ile ilgili önerilerimi dikkate alırlar.					
	35. Hemşireler bebeğim ile ilgili vizitelere katılmama izin verirler.					
	36. Hemşireler bebeğimin taburculuk planı ile ilgili benimle işbirliği yaparlar.					

EK-D: Anne Bilgi Formu

Anket no:

Görüşme Tarihi:

1. Yaşınız

.....

2. Öğrenim durumunuz:

a) Okur-Yazar b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Yüksekokul ve Üniversite

3. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

a) Hayır b) Evet (Açıklayınız.....)

4. Aile tipiniz nedir?

a) Çekirdek aile b) Geniş aile

5. Kaç tane yaşayan çocuğunuz var?

.....

6. Siz hastanedeyken evdeki çocuklarınızla ilgilenenler var mı?

a) Hayır b) Evet (Kim ilgileniyor.....) c) Başka çocuğum yok

7. En son yapmış olduğunuz doğum şekli nedir?

a) Normal doğum b) Sezeryan doğum

8. Bebeğinizi doğduktan sonra ilk ne zaman gördünüz? (gün, saat)

.....

9. Bebeğinizi doğduktan sonra ne zaman ilk kez kucağınıza aldınız? (gün, saat)

.....

10. Bebeğinizin yanında mı kalıyorsunuz?

a) Hayır (Yanıtınız hayır ise 11. soruya geçiniz)

b) Evet (Yanıtınız evet ise 12. Soruya geçiniz)

11. Bebeğinizi ziyarete hangi sıklıkla geliyorsunuz?

a) Her gün **b)** İki üç günde bir **c)** Haftada bir **d)** Ayda bir iki defa

12. Bebeğinizin bakımına katılıyor musunuz?

a) Hayır **b)** Evet (Yanıtınız evet ise 13. soruya geçiniz)

13. Bebeğinizin bakımına en az kaç kere katıldınız?

a) En az 3 kere katıldım **b)** 3-10 kez katıldım **c)** 10'dan fazla katıldım

14. Ailenin diğer üyeleri bebeği ziyarete geliyor mu?

a) Hayır **b)** Evet (Kimler geliyor açıklayınız.....)

EK-E: Yenidoğan Bilgi Formu

Anket no:

Görüşme Tarihi:

1. Bebeğin cinsiyeti nedir?

a) Kız b) Erkek

2. Bebeğin doğum kilosu nedir?

.....

3. Bebeğin doğum haftası nedir?

.....

4. Çoğul gebelik mi? Tekil gebelik mi?

.....

5. Bebek postnatal kaçınıcı gününde?

.....

6. Bebeğin tıbbi tanısı nedir?

.....

7. Bebek kaç gündür hastanede kalıyor?

..... (Yatış tarihi)

8. Bebeğin beslenme şekli nedir?

a) Beslenme kapalı

b) Oral besleniyor (Anneyi emiyor/beslenme aparatı ile besleniyor)

c) Enteral (OG, NG, Gastrostomi)





9. Bebeğe kanguru bakımı yapılıyor mu?

a) Hayır b) Evet

EK-F: Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği (29 maddelik)

Alt Boyut	Ölçek Maddeleri	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
İtibar ve Saygı	1. Hemşireler ebeveyn olarak bana saygı duyarlar.					
	2. Hemşireler beni görünce selam verirler.					
	3. Hemşireler aile üyelerine güler yüzlü davranırlar.					
	4. Hemşirelere bir şey sormak istediğimde bana iyi davranırlar.					
	5. Hemşireler benim yaşadığım sorunlarıma ilgi gösterirler.					
	6. Hemşireler kültürel farklılıklarına saygı duyarlar.					
	7. Hemşireler dini gereksinimlerime saygı duyarlar.					
Bilgi Paylaşımı	8. Hemşireler bebeğimin hastalığı hakkında beni bilgilendirirler.					
	9. Hemşireler bebeğimin sağlık durumu hakkında anlayabileceğim şekilde bana açıklama yaparlar.					
	10. Hemşireler bebeğime yapılan tedaviler hakkında beni bilgilendirirler.					
	11. Hemşireler bebeğimin tahlil ve laboratuvar sonuçları hakkında beni bilgilendirirler.					
	12. Hemşireler bebeğim için kullanılan tıbbi araçlar (monitör, serum, sonda) hakkında bana açıklama yaparlar.					
	13. Hemşireler bebeğimin bakımı (beslenme, banyo, alt değişimi) hakkında bana bilgi verirler.					
	14. Hemşireler bebeğimin klinikteki büyüme gelişmesi ile ilgili beni bilgilendirirler.					
	15. Hemşireler evde bebek bakımı ile ilgili bana bilgi verirler.					
Bakıma Katılma	16. Hemşireler bebeğimin düzenli izlem ve aşıları hakkında bana bilgi verirler.					
	17. Hemşireler bebeğim ile temas kurmam (dokunmam, kucaklamam ve kanguru bakımı yapmam) için beni teşvik ederler.					
	18. Hemşireler bebeğimle konuşmam/iletişim kurmam için beni teşvik ederler.					
	19. Hemşireler bebeğime bakım verirken kendime güvenmem için beni cesaretlendirirler.					
	20. Hemşireler bebeğimin bakımında (banyo, alt değişimi, giydirilmesi) rol almamı sağlarlar.					
Aile ile İşbirliği	21. Hemşireler bebeğimin beslenmesinde aktif yer almamı sağlarlar.					
	22. Hemşireler bebeğim ile ilgili tıbbi kayıtları incelememe izin verirler.					
	23. Hemşireler bebeğimin bakım planı hakkında görüşümü alırlar.					
	24. Hemşireler bebeğimin bakımı sırasında onları izlememe izin verirler.					
	25. Hemşireler ağırlı işlemler sırasında bebeğimin yanında bulunmam ile ilgili tercihim sorarlar.					
	26. Hemşireler bebeğim ile ilgili gözlemlerimi sorarlar.					
	27. Hemşireler bebeğim ile ilgili önerilerimi dikkate alırlar.					
	28. Hemşireler bebeğim ile ilgili vizitelere katılmama izin verirler.					
	29. Hemşireler bebeğimin taburculuk planı ile ilgili benimle işbirliği yaparlar.					

EK-G: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Kararı

	
T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı	
Sayı : 14567952-050/ Konu :	 14.06/2017 Sayı: 1746 giden 2017.06.21.1746
Sayın Doç. Dr. Emine GEÇKİL N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hast. Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi	
<p>İlgi:14.06.2017 tarihli dilekçeniz; “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Geliştirilmesi” başlıklı, Doç. Dr. Emine GEÇKİL’ in sorumluluğunda, Hemşire Neslihan YILDIZ’ ın yardımcı araştırmacısı olduğu yüksek lisans tez çalışması hakkında Fakültemiz İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulunun 16 Haziran 2017 tarihinde aldığı 2017/979 sayılı karar ilişikte gönderilmiştir. Bilgilerinizi rica ederim.</p>	
Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı	
	
Eki: 1	
<hr/> <p>Adres:Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı 42080 –Meram KONYA Tel: (0332) 223 65 00 Faks: (0332) 223 61 81 Bilgi İçin : Personel Şubesi Tel : (0332) 2236504</p>	

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:52

Toplantı Tarihi: 16.06.2017

Karar Sayısı:2017/979:N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Emine GEÇKİL' in "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Geliştirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 14.06.2017 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Hemşire Neslihan YILDIZ' ın yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Emine GEÇKİL' in sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

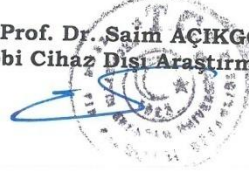
Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Emine GEÇKİL

Yardımcı Araştırmacı: Hemşire Neslihan YILDIZ

ASLI GİBİDİR
16.06.2017

Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı



Eki: 1

Adres:Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı 42080 –Meram KONYA
Tel: (0332) 223 65 00 Faks: (0332) 223 61 81

Bilgi İçin : Personel Şubesi Tel : (0332) 2236504

**EK-H: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kurum İzni**



T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 18577870-799
Konu : Neslihan YILDIZ'ın Araştırma İzni

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik bölümü yüksek lisans öğrencisi Neslihan YILDIZ'ın "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Geliştirilmesi" adlı çalışmasını Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ile SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapma isteğini içeren dilekçe ve ekleri ilişikte sunulmuştur.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Kamu Hastane Birlikleri Daire Başkanlığının 19/06/2013 tarih ve 4683 sayılı yazısına istinaden; Neslihan YILDIZ'ın çalışmasını anılan sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, ekli başvuru formundaki bilgilerin göz önünde bulundurulması ve yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla bahse konu araştırmanın yapılması hususunu;

Tensiplerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Gökhan ARICAN
Personel ve Destek Hiz. Başkanı

OLUR

.../.../2018

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Mehmet KOÇ
İl Sağlık Müdürü

Şehsadedrettin Mah. Millet Cad. No:14 Meram Tel: (0332) 2234000/4039 Fax: (0332) 2630665

Faks No:03322630665

e-Posta:Meryem.ozturk3@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Bilgi için: Meryem ÖZTÜRK khb42.egitim@saglik.gov.tr

Bilgi için:Meryem ÖZTÜRK

Unvan:TIBBİ SEKRETER

Telefon No:(0332) 223 40 39

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e7149b9d-b701-49d9-a9f5-a7affc891e81 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**EK-I: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kurum
İzni**



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 14567952-900-E.13793
Konu : Tez Çalışması

09/10/2017

Sayın, Neslihan YILDIZ

İlgi : 03/10/2017 tarihli dilekçeniz.

"Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Geliştirilmesi" konulu yüksek lisans teziniz ile ilgili çalışmayı Hastanemiz Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde yapmanız uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır

Prof.Dr. Ahmet TEKİN
Başhekim

Adres:

Telefon: 0332 223 60 01

Faks:

Elektronik Ağ: <http://www.konya.edu.tr>

Meryem UÇAR

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.
Evrak teyidi <https://ebysorgu.konya.edu.tr> adresinden 0RB2-IA1D-8BRH kodu ile yapılabilir.

EK-İ: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 07/10/2017-E.23375



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 92469864-045.99/
Konu : Tez Çalışma İzin Talebi

Sayın Neslihan Yıldız

İlgi : 03/10/2017 tarihli, Bİla sayılı yazı

İlgili tarih ve bila sayılı yazınıza istinaden; "*Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Geliştirilmesi*" adlı tez çalışmanızla ilgili talebiniz Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır
Doç. Dr. Hüseyin YILMAZ
Hastane Başhekimisi

Evrak Doğrulanak İçin : http://193.255.244.181/ar/vision-sorgula/validate_Doc.aspx?V=BELM3C6S1
Selçuk Üniversitesi Alaeddin Kaykubat Yerleşkesi 42250 Selçuklu / KONYA
Bilgi İçin: Emre SUR Tel:0332 241 50 00 Faks:0332 241 60 65
e-Posta :selh@selcuk.edu.tr Elektronik Ağ :www.hastane.selcuk.edu.tr



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

**EK-J: Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi
Kurum İzni**



T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 18577870-799
Konu : Neslihan YILDIZ'ın Araştırma İzni

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik bölümü yüksek lisans öğrencisi Neslihan YILDIZ'ın "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Geliştirilmesi" adlı çalışmasını Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ile SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapma isteğini içeren dilekçe ve ekleri ilişikte sunulmuştur.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Kamu Hastane Birlikleri Daire Başkanlığının 19/06/2013 tarih ve 4683 sayılı yazısına istinaden; Neslihan YILDIZ'ın çalışmasını anılan sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, ekli başvuru formundaki bilgilerin göz önünde bulundurulması ve yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla bahse konu araştırmanın yapılması hususunu;

Tensiplerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Gökhan ARICAN
Personel ve Destek Hiz. Başkanı

OLUR
.../.../2018
e-imzalıdır.
Prof. Dr. Mehmet KOÇ
İl Sağlık Müdürü

Şeyhsadrettin Mah. Millet Cad. No:14 Meram Tel: (0332) 2234000/4039 Fax:
(0332) 2630665
Faks No:03322630665
e-Posta:Meryem.ozturk3@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Bilgi için: Meryem ÖZTÜRK
khh42.egitim@saglik.gov.tr

Bilgi için:Meryem ÖZTÜRK
Unvan:TIBBİ SEKRETER
Telefon No:(0332) 223 40 39

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e7149b9d-b701-49d9-a9f5-a7affc891e81 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-K: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Anne,

Bu araştırma Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım Ölçeği Geliştirmek amacıyla yapılması planlanmıştır. Bu çalışma sonucu ile aile merkezli bakımın önemine dikkat çekilecektir.

Bu çalışmaya gönüllü anneler katılacaktır. Anket formlarına isim yazmaya gerek yoktur. İstemediğiniz zaman çalışmadan ayrılabilirsiniz. Anket formunda vermiş olacağınız bilgiler tamamen gizli kalacak olup sadece bu çalışma için kullanılacaktır. Sizden herhangi bir ücret alınmayacak ve size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Çalışmayı kabul ettiğinizde size bir tane anket formu verilecek ve doldurmanız istenecektir.

Bu çalışmaya gösterdiğiniz ilgi ve verdiğiniz destek için teşekkür ederiz.

Araştırmacı

Neslihan YILDIZ

Danışman

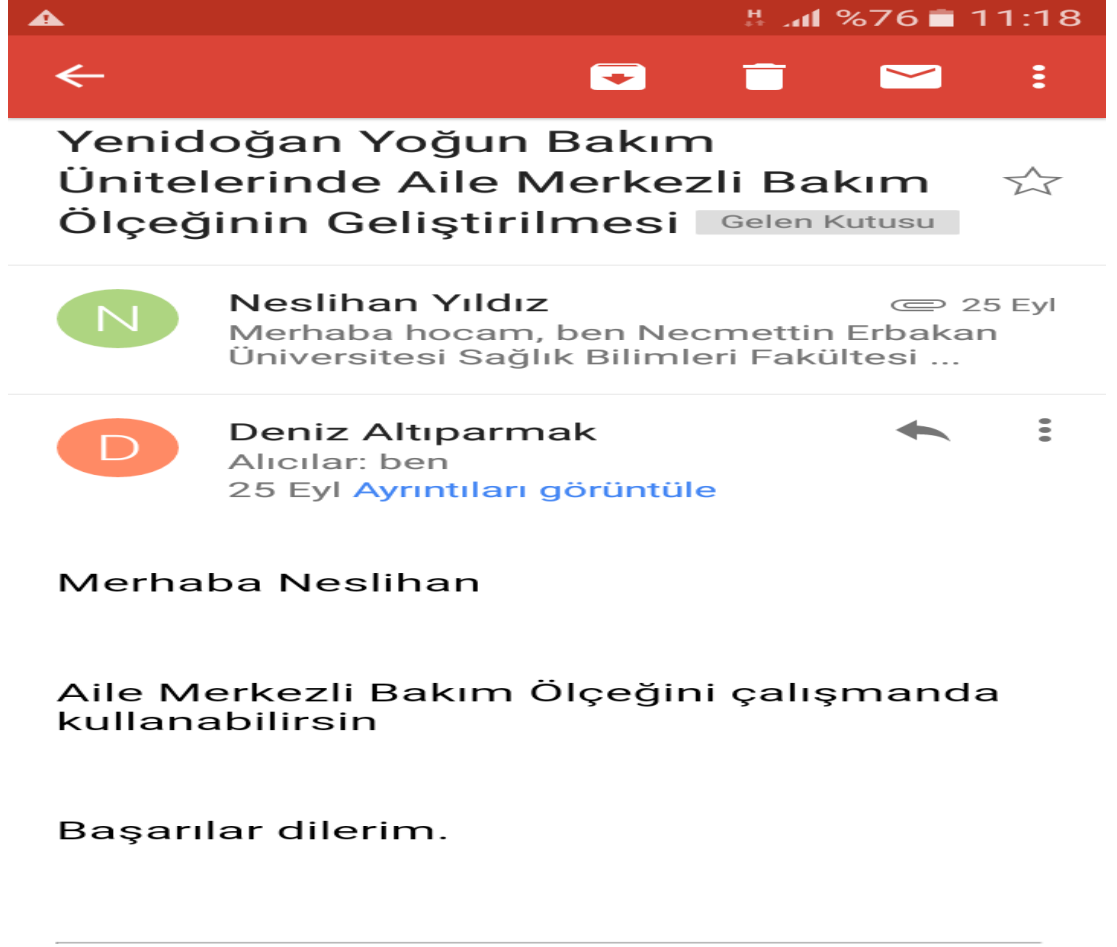
Prof. Dr. Emine GEÇKİL

Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum ()

Bu çalışmaya katılmayı kabul etmiyorum ()

Formun doldurulduğu tarih: / /201

EK-L: Paralel Ölçek Olarak Kullanılan Aile Merkezli Bakım Ölçeği Kullanım İzni



EK-M: Aile Merkezli Bakım Ölçeği

	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

10. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER
Adı Soyadı: Neslihan YILDIZ Doğum Tarihi: 10/11/1993 Doğum Yeri: SEYDİŞEHİR/KONYA Uyruğu: T.C. E-mail: yldz.neslihn@gmail.com
EĞİTİM
Lise: Seydişehir Enis Şanlıoğlu Lisesi (2006-2010) Lisans: Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi (2011-2015) Yüksek Lisans: Necmettin Erbakan Üniversitesi (2015-2019)
MESLEKİ DENEYİM
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (2015-halen)
SERTİFİKALAR: NRP Sertifikası
KONGRELER: 1. Uluslar Arası ve 2. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi (2016-Katılımcı) 27. Ulusal Neonatoloji Kongresi (2019-Katılımcı)