



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**ÇOCUK ACİLLERDE AİLE MERKEZLİ BAKIM
DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE
GÜVENİRLİĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Melisa TEKE

Birinci Danışman: Prof. Dr. Nermin GÜRHAN

İkinci Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Esmâ ÖZMAYA

TOKAT- 2024

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Prof. Dr. Nermin GÜRHAN ve Dr. Öğr. Üyesi Esmâ Özmayağanışmanlığında hazırlamış olduğum “Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliği” adlı Yüksek Lisans tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

26/06/2024

Melisa TEKE

JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI

İTHAF

Tezimi her zaman yanımda olan, zorlukların üstesinden gelip okuyabilmem için maddi ve manevi tüm fırsatları sağlayan kahramanıma, canım babama ve “Eğer bir gün benim sözlerim bilimle ters düşerse bilimi seçin.” diyen Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK’E ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜRLER

Yüksek lisans tez sürecimde bilgi denizindeki serüvene beraber çıktığımız bilgisi ve tecrübesiyle hayatıma, hayallerime dokunan ailem olmak üzere, öğretmenim değil rol modelim olan sayın danışmanım Prof. Dr. Nermin GÜRHAN'a, desteğini esirgemeyen sayın danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Esmâ ÖZMAYA'ya, zorlukların üstesinden gelmemi sağlayan yüreğinin güzelliğiyle yol göstericim olan Dr. Öğr. Üyesi Birgül VURAL'a, analiz sürecinde desteğini esirgemeyen Arş. Gör. Mustafa Sabri KOVANCİ'ya, İngilizce çevirilerinde yardımcı olan ağabeyim Çağatay DAĞDEVİREN'E, uzman görüşlerini esirgemeyen başta Tuğba DÜLGER ve Huri HAZER olmak üzere diğer değerli hocalarıma, araştırma sürecinde gerekli izinleri ve ortamı sağlayan Başhekim Uzm. Dr. Engin DİLEKÇİ, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Hacı Mehmet BÜTÜN ve Acil Servis Sorumlusu Yılmaz Erdiñ ÖĞÜTÇÜ'ye ve değerli Zile Devlet Hastanesi Acil Servis Ekibine, her zaman yanımda olan sevgili arkadaşlarım Şenay MAY ve Merve MERT'e, birlikte mükemmel bir ekip olduğumuz İnci SAMUR, Gülmelek YILMAZ ve Özlem BÜTÜN'e en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

ÇOCUK ACİLLERDE AİLE MERKEZLİ BAKIM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİĞİ

TEKE, Melisa

Yüksek Lisans Tezi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nermin GÜRHAN

İkinci Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Esmâ ÖZMAYA

Haziran 2024, xv + 62 sayfa

Amaç: Araştırma Rosenthal ve arkadaşları (2023) tarafından geliştirilen “Development and Psychometric Evaluation of a Caregiver Survey to Assess Family-Centered Care in the Emergency Department” ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliğini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu çalışma metodolojik kesitsel bir araştırmadır. Araştırmanın verileri etik kurul ile kurum izni alındıktan sonra, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim ve araştırma hastanesi ve Tokat Zile Devlet Hastanesi’nden toplanmıştır. Örneklem grubunu çalışma kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden çocuklarını acile getiren 360 birincil bakım veren bireyden oluşturmaktadır. Veriler Birincil Bakım Verici Bilgi Formu ve Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeği Türkçe Formu kullanılarak araştırmacı tarafından 10 Ekim 2023 ile 1 Mayıs 2024 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versiyon 23.0 ve IBM AMOS (Analysis of Moment Structures) versiyon 23.0 istatistik programları kullanılmıştır. Verilerin dağılımı *Kolmogorov-Smirnov*, *basıklık (Skewness)* ve *çarpıklık (kurtosis)* testleri ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Ölçeğin dil eşdeğerliliğinin sağlanmasında çeviri geri çeviri tekniği tercih edilmiştir. Kapsam geçerliği Davis tekniği ve kapsam geçerlik indeksi (KGİ) kullanılarak sağlanmıştır. Ölçeğin kapsam geçerlik oranları (KGO) 0.81-1.00 arasında değişmektedir. KGİ değeri ise 0.95 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliğinin test edilmesinde Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. DFA modelinin uyum yeterliliği, maksimum olabilirlik yöntemi ile ve χ^2/SD (Ki-kare/Serbestlik Derecesi), RMSEA (Root Mean Square Error of

Approximation; Tahminin Kök Hata Kareler Ortalaması), SRMR (Standardized Root Mean Square Residual; Standartlaştırılmış Ortalama Karekök Artığı), NFI (Normed Fit Index; Normlaştırılmış Uyum Endeksi), AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index; Düzeltilmiş Uyum İyiği Endeksi), CFI (Comparative Fit Index; Karşılaştırmalı Uyum Endeksi) ve GFI (Goodness of Fit Index; Uyum İyiği Endeksi) indeksleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Yapılan AFA sonucunda faktör yüklerinin 0.597 ile 0.783 arasında değiştiği ve varyans analizinin %48,82 olduğu bulunmuştur. Güvenirliğin değerlendirilmesinde ise, Cronbach alfa katsayısı, eş yarılar testi (split-half), madde analizi ve madde ayırt edicilik gücü indeksi kullanılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.897, iletişim/etkileşim boyutunun Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.855 ve tıbbi bakım kararlarının alınması/verilmesi boyutunun Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.817 olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak, eş değer yarıların korelasyon katsayıları Spearman-Brown Korelasyon Katsayısı (0,92) ile Guttman Eş Değer Yarılar Katsayısı (0,91) bulunmuştur. Spearman-Brown Korelasyon Katsayısının >0,70, Guttman Eş Değer Yarılar Korelasyon Katsayısının >0,70 olması eş yarılar arasındaki güvenirliğin yüksek olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla yapılan çalışmada ölçeğin güvenirliği kabul edilebilir düzeyde olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe formu geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Yürütülecek diğer araştırmalarda da kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Aile Merkezli Bakım, Ölçek, Geçerlilik, Güvenirlik

ABSTRACT

THE TURKISH VALIDITY AND RELIABILITY OF THE FAMILY-CENTERED CARE EVALUATION SCALE IN PEDIATRIC EMERGENCY DEPARTMENTS

TEKE, Melisa

Master's Thesis, Department of Child Health and Diseases

Advisor: Prof. Dr. Nermin GÜRHAN

Second Advisor: Asst. Prof. Dr. Esma ÖZMAYA

June 2024, xv + 62 page

Objective: The study aims to determine the validity and reliability of the Turkish version of the "Development and Psychometric Evaluation of a Caregiver Survey to Assess Family-Centered Care in the Emergency Department" scale developed by Rosenthal and colleagues (2023).

Method: This study is a methodological cross-sectional research. The data were collected from Tokat Gaziosmanpaşa University Training and Research Hospital and Tokat Zile State Hospital after obtaining ethics committee approval and institutional permission. The sample group consists of 360 primary caregivers who met the study criteria and agreed to participate, bringing their children to the emergency department. The data were collected by the researcher between October 10, 2023, and May 1, 2024, using the Primary Caregiver Information Form and the Turkish Version of the Family-Centered Care Assessment Survey in Pediatric Emergency Departments. For data analysis, IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 23.0 and IBM AMOS (Analysis of Moment Structures) version 23.0 statistical programs were used. The distribution of the data was analyzed using Kolmogorov-Smirnov, Skewness, and Kurtosis tests.

Findings: The translation-back translation technique was preferred to ensure language equivalence of the scale. Content validity was achieved using the Davis technique and the content validity index (CVI). The content validity ratios (CVR) of the scale ranged from 0.81 to 1.00, and the CVI value was calculated as 0.95. Exploratory Factor Analysis (EFA) and Confirmatory Factor Analysis (CFA) were performed to test the construct validity of the scale. The fit adequacy of the CFA model was evaluated using

the maximum likelihood method and indices such as χ^2/DF (Chi-square/Degrees of Freedom), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), SRMR (Standardized Root Mean Square Residual), NFI (Normed Fit Index), AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index), CFI (Comparative Fit Index), and GFI (Goodness of Fit Index). The EFA results indicated that factor loadings ranged from 0.597 to 0.783, and the variance analysis was 48.82%. To assess reliability, Cronbach's alpha coefficient, split-half test, item analysis, and item discrimination index were used. The Cronbach's alpha reliability coefficient of the scale was calculated as 0.897, the communication/interaction dimension as 0.855, and the medical care decision-making dimension as 0.817. Additionally, the correlation coefficients of the equivalent halves were found to be 0.92 for Spearman-Brown and 0.91 for Guttman Split-Half. Spearman-Brown correlation coefficient >0.70 and Guttman Split-Half correlation coefficient >0.70 indicate high reliability between the split halves. Therefore, the reliability of the scale was found to be at an acceptable level in this study.

Conclusion: The Turkish version of the Family-Centered Care Assessment Survey in Pediatric Emergency Departments was found to be valid and reliable. It is recommended to be used in future research.

Keywords: Emergency Department, Family-Centered Care, Scale, Validity, Reliability

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ETİK SÖZLEŞME.....	ii
JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iii
İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜRLER.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	viii
İÇİNDEKİLER.....	x
TABLolar.....	xiii
ŞEKİLLER.....	xiv
KISALTMALAR.....	xv
1.GİRİŞ.....	1
1.1.Problemin Tanım ve Önemi.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	3
1.3. Araştırma Soruları.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1.Acil Terimi.....	5
2.2.Acil Servis ve Çocuk Acil Servisi.....	5
2.3.Acil Serviste Triyaj.....	6
2.4.Aile Merkezli Bakım.....	8
2.5.Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım.....	10
2.6.Kültürlerarası Ölçek Uyarlama.....	12
2.3.1.Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması Öncesinde Yapılması Gerekenler.....	13
2.3.2. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması Sırasında Yapılması Gerekenler.....	13

2.3.2.1.Çeviri	14
2.3.2.2. Anlamsal Açıklamalar	14
2.3.2.3.Uzman Görüşü	15
2.3.2.4. Geri Çeviri	16
2.3.2.5. Pilot Uygulama ve Bilişsel İnceleme.....	16
2.3.2.6. Yapı Geçerliliği.....	16
2.3.2.7. Güvenirlilik.....	17
2.3.2.7. Son Sürüm ve Dokümantasyon.....	18
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1.Araştırmanın Şekli	19
3.2.Araştırmanın Amacı	19
3.3.Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	19
3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	20
3.6.Veri toplama araçları.....	20
3.6.1.Bakım Verici Bilgi Formu (Ek-6)	20
3.6.2.Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeği (Ek-5, Ek-7). 20	
3.7.Araştırmanın Uygulaması	21
3.7.1.Verilerin Analizi	22
3.8.Araştırmanın Etik Boyutu	23
4.BULGULAR.....	25
4.1. Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliliğine İlişkin Bulgular.....	25
4.1.2.Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	25
4.2.Geçerlik Analizleri	26
4.2.1.Dil Eşdeğerliği.....	26

4.2.2.Kapsam Geçerliği	26
4.2.3.Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin Yapı geçerliğine ilişkin bulgular	27
4.4.Güvenirlik	30
5.TARTIŞMA	35
5.1.Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin Bulgularının Tartışılması.....	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	38
6.1.Sonuç.....	38
6.2.Öneriler	38
KAYNAKLAR	39
EKLER.....	53
Ek-1:Araştırmada Kullanılan Ölçeğin Kullanım İzni	53
Ek-2: Araştırmanın Etik Kurul Onayı	54
Ek-3:Araştırmanın Yürütüleceği Kurumun İzni	55
Ek-4: Araştırmanın Yürütüleceği Kurumun İzni	56
Ek-5:Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması Yapılan Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin Orijinal Hali	57
Ek-6:Bakım Verici Bilgi Formu.....	59
Ek-7:Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeği Türkçe Formu ..	61
E-8:Görüşüne Başvurulan Uzmanların Listesi.....	62
ÖZGEÇMİŞ	63

TABLOLAR

Tablo 4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri (n=360)	25
Tablo 4.2. Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin Maddelerinin Kapsam Geçerlilik Oranları (KGO)	27
Tablo 4.3. Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin BTS ve KMO Testi İndeksleri	28
Tablo 4.4. Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin Faktör Yapısı ve Açıklanan Varyans Analizi.....	28
Tablo 4.5. Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analiz Sonuçları (n = 360)	29
Tablo 4.6. Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin Madde Ortalama, Standart Sapmaları, Madde Bütün Korelasyon Katsayısı ve Madde Silindiğinde Cronbach Alfa Güvenirlilik Katsayısı (n = 360)	31
Tablo 4.7. Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin Madde Ayırt Ediciliği Bulguları	32
Tablo 4.8. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ve Aile Merkezli Bakımı Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	33

ŞEKİLLER

Şekil 3.1.Çocuk Acillerde Aile Merkezli Değerlendirme Ölçeği Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması Akış Şeması.....	23
Şekil 3.2. Çocuk Acillerde Aile Merkezli Değerlendirme Ölçeği Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışma Takvimi	24
Şekil 4.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi Path Diyagramı.....	29



KISALTMALAR

- ABD:** Amerikan Birleşik Devletleri
- AFA:** Açıklayıcı Faktör Analizi
- AGFI:** Adjusted Goodness of Fit Index
- AMOS:** Analysis of Moment Structures
- APA:** Amerikan Pediatri Akademisi
- BTS:** Barlett's Test of Sphericity
- CFI:** Comparative Fit Index
- CVI:** Content Validity Index
- ÇAS:** Çocuk Acil Servisleri
- DFA:** Doğrulamalı Faktör Analizi
- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- GFI:** Goodness of Fit Index
- KGİ:** Kapsam Geçerlilik İndeksi
- KGO:** Kapsam Geçerlik Oranları
- KMO:** Kaiser-Meyer-Olkin
- NFI:** Normed Fit Index
- RMSEA:** Root Mean Square Error of Approximation
- SPSS:** Statistical Package for Social Sciences
- SRMR:** Standardized Root Mean Square Residual
- SSK:** Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı
- UTK:** Uluslararası Test Komisyonu
- χ^2 /SD:** Serbestlik Derecesi

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanım ve Önemi

Aile, çocuğun fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal yönlerinde sağlıklı bir birey olarak gelişmesiyle birlikte sağlık davranışlarının şekillenmesinde de önemli rol almaktadır (Shields ve ark., 2006). Çocuk hastalandığında ve hastanede olduğu süreçte, çocuğun birincil bakım veren birey ile aile bireylerinin nasıl ve hangi yönlerden etkilendiğinin değerlendirilmesi önem taşımaktadır çünkü bu durum aileyi fiziksel, duygusal, sosyal, zihinsel gibi birçok açıdan etkileyen bir durumdur (Aarthun ve ark, 2019).

Aile merkezli bakım, çocuğun sağlığından ailenin, ailenin sağlığından da çocuğun etkilendiği görüşü doğrultusunda geliştirilmiştir ve çocuk sağlığı hemşireleri tarafından bir bakım felsefesi olarak benimsenmektedir (Shields ve ark., 2006; Harrison, 2010). “Çocuk sağlığı hemşireliğinde aile merkezli bakım; çocuk ve ailenin fiziksel, duygusal, sosyal, entelektüel, kültürel ve spiritüel yönlerden bir bütün olarak ele alındığı holistik/bütüncül bakım yaklaşımlarıdır” şeklinde tanımlanmıştır (Törüner & Büyükgönenç, 2011). Aile merkezli bakım, çocuğun bakımında ailenin aktif rol almasını, çocuğun büyüme ve gelişme sürecinde ailenin desteklenmesi inancına dayanmaktadır (Shields ve ark., 2006; Harrison, 2010).

18. ile 19. yüzyıllar arasında gerçekleşen endüstrileşme, kapitalizm ve küreselleşme gibi olaylar çocuk sağlığı bakımında önemli gelişmelere katkı sağlamıştır (Shields&Tanner, 2004). 1954 yılında Florance Blake, yaptığı araştırmalar ile çocukların hastanede bulundukları süreçte yalnız olmalarının çocuklar üzerindeki olumsuz sonuçlarını ortaya koymuştur (Aarthun ve ark., 2019). 1959 yılında ise İngiltere Sağlık Bakanlığı’nın yayımladığı 55 adet öneri maddesinden oluşan Platt Raporu çocuk sağlığı bakımında önemli bir gelişme olmuştur. Platt Raporunda belirtilen önerilere göre anneler çocukları ile birlikte hastanede kalabilmeli, aile ziyareti sınırlı olmamalı, hastane ortamında çocuğun gelişim dönemine özgü oyun aktiviteleri sağlanabilmeli, sağlık personelleri bakım ve tedavide çocuğun ihtiyaçlarını yeterliliğe sahip olmalı ve eğitimleri bu doğrultuda düzenlenmelidir (Shields&Tanner, 2004). 1970

ve 1980’li yıllara bakıldığında, ailelerin çocuklarının bakımında aktif rol alması gerektiği görüşü benimsenmesi, hastanede yatan çocukların fiziksel, gelişimsel ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlamıştır. Bununla beraber 1990’lı yıllarda aile merkezli bakım felsefesini benimsenmeye başlanmıştır (Jolley&Shields, 2009).21. yüzyılda ise aile merkezli bakım çocuk sağlığı hemşireliğinde temel felsefe haline gelmiştir (Shields ve ark, 2006).

Çocuk ile aile arasındaki bağları güçlendirerek ailenin çocuklarının bakımına aktif olarak katılımını sağlamak, hastanede olmanın çocuk ve aile üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirerek çocuğun hastane ortamında da kendini güvende hissetmesini sağlamak aile merkezli bakımın amaçları arasındadır (Hockenberryve ark., 2009).Melnyk ve Feinstein (2006) yaptıkları bir araştırmada ebeveynlerin bakıma katılması ile, hastaneden ayrıldıktan sonra çocuklarda görülen istenmeyen olumsuz davranışların anlamlı bir şekilde azaldığını ortaya koymaktadır. Hannon ve arkadaşlarının (2018)aile merkezli bakımın kısa dönemli diyabet öz yeterliliği üzerindeki etkisini araştırdıkları bir çalışmada; 6 ay boyunca sağlık bilgi teknolojisi ile kan şekeri takip edilen adölesanlarda, ortalama glikoz ve hemoglobin (HbA1c) başlangıç değerinde %0,3’lük bir azalma olduğunu ortaya koymuşlardır. Ülkemizde yapılan bir araştırma sonucuna göre iseçocuk hastanede olduğu süreçte annenin çocuğun yanında olup bakıma dahil olması, çocuğun fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden olumlu şekilde etkilediği bununla birlikte ayrılık anksiyetesini azaltarak çocuğun güven duygusunu arttırdığı için ebeveynlerin varlığının öneminin vurgulandığı görülmektedir (Boztepe & Çavuşoğlu, 2009). Yılmaz ve Doğan(2021) yaptıkları bir araştırmada da hemşireler aileyi çocuğun durumundaki değişiklikler hakkında bilgilendirerek aileye sağladıkları destek düzeyini artırdığında, ebeveynlerin aile merkezli bakıma katılım oranında artış olduğuna dikkat çekmektedir.

Literatüre bakıldığında yapılan birçok araştırmada aile merkezli bakımın çocuklar ile ebeveynler üzerindeki olumlu etkilerini vurgulanmasına rağmen Öztürk Şahin ve arkadaşlarının (2020)173 hemşire ile yaptıkları çalışmada, çalışmaya katılmayı kabul edenlerin %42,2’sinin aile merkezli bakıma ilişkin bilgisinin olmadığını ve katılımcıların yarıdan daha fazlasının aile merkezli bakımı uygulamadıklarını bulmuştur. Günay ve Polat’ın (2017) yaptığı çalışmada hekimler çalıştıkları birimleri

sık değiştirdikleri ve çalışma şartlarının çok yoğun olduğu için ailelere yeteri kadar zaman ayırarak aile merkezli bakımı uygulayamadıklarını ifade etmektedirler. Aile merkezli bakımın uygulanmasında karşılaşılan zorluklara bakıldığında ise; aile ve sağlık personelinin stresi ile birbiriyle yarışan talepler, g dengersizlikleri ve organizasyonel sınırlamalar olduğu dikkat çekmektedir(Mirlashari ve ark., 2020; Oude Maatman ve ark., 2020).Bu zorluklar ailelerin yeni veya ciddi bir hastalıkla karşılaştıkları yeni bir ortam olan acil servislerde belirgindir (Dudley ve ark., 2015).

Türkiye’de yapılan araştırmalar incelendiğinde, literatürde acil servislerde aile merkezli bakımın değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ülkemizde acil servislerde aile merkezli bakımı değerlendirecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracının bulunmadığı görülmüştür. Bu alışma Rosenthalve arkadaşlarının (2023) geliştirdikleri lğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliğini tamamlayarak, literatüre kazandırılması amacıyla metodolojik olarak yapılmıştır.

1.2.Araştırmanın Amacı ve nemi

Literatüre bakıldığında acil servislerde aile merkezli bakımı değerlendirecek uygun lk bulunmamaktadır. Aile merkezli bakımın sunumunu iyileştirmek için sağlık alanında, bakımın aile merkezli olup olmadığını belirleyebilecek değerlendirme mekanizmalarına ihtiyaç vardır. Bu araştırma ile Rosenthal ve arkadaşlarının (2023) geliştirdiği “ocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme lği”nin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği tamamlanarak literatüre geçerli, güvenilir ve tutarlı bir lk kazandırılması amaçlanmıştır.

Sağlık uzmanları ve araştırmacılar tarafından bu lk kullanılarak acil servislerde aile merkezli bakımı değerlendirebilecekleri ve bu değerlendirme sonucunda verilere dayanarak aile merkezli bakımın kalitesinin artırılabilceği düşünülmektedir.

1.3. Araştırma Soruları

1. Türkçeye uyarlaması yapılacak olan“Development and Psychometric Evaluation of a Caregiver Surveyto Assess Family-Centered Care in the Emergency Department” geçerli bir ölçüme aracımıdır?

2. Türkçeye uyarlaması yapılacak olan“Development and Psychometric Evaluation of a Caregiver Surveyto Assess Family-Centered Care in the Emergency Department” güvenilir bir ölçme aracıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1.Acil Terimi

Acil terimi; akut hastalık veya yaralanma sonucu ani bir şekilde ortaya çıkarak yaşamı tehlikeye atabilen fiziki ve psikolojik olay, hastaya zaman kaybettirmeden tıbbi girişimde bulunmak anlamında kullanılmaktadır. Gelişen herhangi bir olayda hastanın yaşam fonksiyonlarını tehdit eden durum hemen ortadan kaldırılması hedeflenir aksi takdirde müdahalede yaşanan gecikmeler kişinin kaybına neden olabilmektedir (Adaş ve ark., 1998; Öğüt, 2021).

Acil tıp; yaş, cinsiyet, ırk, hastaneye geliş nedeni, hastanın ekonomik durumuna bakılmaksızın acil gelişen durumlarının tanısının konulması, tedavisinin düzenlenmesi ya da başka bir sağlık kuruluşuna sevkini kararının verilmesi ve yönlendirilmesini de içeren geniş yelpazede hizmet veren bir klinik tıp birimidir. Bu hizmet aslında kaza ya da yaralanmanın olduğu yer ve saatte başlayıp hastanın nakli, acil serviste tedavisi ya da başka bir bölüme sevkine kadar ki süreçleri kapsamaktadır (Schneider ve ark., 1998).

Acil hasta; bir akut hastalık ya da yaralanma nedeniyle yaşam belirtileri bozulmuş ve hızla müdahale ile geri döndürülmediğinde yaşam fonksiyonlarını kaybetme riski ile karşı karşıya kalan hasta demektir. Acil başvuruların %20'sinin ilk müdahalede gerekli hassasiyet gösterilmediğinde geri dönüşsüz ağır sekillere veya ölüme neden olabilen “çok acil” hastalardan oluştuğu bilinmektedir (Yılmaz, 2017). Acil olmayan hasta terimi ise hemen müdahale gerekmeden hayati fonksiyonlarına sürdürebilecek hasta için kullanılır (James, 1999).

Acil bakım; aniden gelen hastaların olay yerinde, acil serviste, yoğun bakımlarda veya yataklı servislerde tıbbi malzeme ve ekipmanlar ile yapılan uygulamaların tümüne denilmektedir (Hemşirelik Terimleri Sözlüğü, 2015).

2.2.Acil Servis ve Çocuk Acil Servisi

Acil servisler hastada ani başlayan veya eskiden beri olan ama şiddeti artan acil müdahale edilmesi gereken ağır problemlerden, aciliyeti olmayan birinci basamak sağlık hizmeti ile de çözülebilecek problemlere kadar değişen durumlara müdahalenin

yapıldığı yerlerdir (Nawar ve ark., 2007). Resmî Gazetede yayımlanan Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'ine göre acil servisler Özel, Üniversite ve Kamu Yataklı Sağlık Tesislerinde bulunan, acil bakım alması gereken hastalara sağlık hizmeti sunulan bölümlerdir (Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2022).Çocuk acil servisleri (ÇAS) ise; çocuk hastaların tedavisinin ve bakımının sağlandığı, acil müdahale sonrasında gerekli bölümlere yönlendirildiği birimlerdir (Öztürk, 2019).

Hastanelerin en önemli birimlerinden biri olan acil servislerin amacı, acil müdahale ile birlikte hastanın yaşam fonksiyonlarını tehdit eden unsurları ortadan kaldırarak ağrı, sakatlık, ölüm gibi durumları önlemektir (James, 1999).Acil servisler randevusuz sağlık hizmeti de sunmaları sebebiyle, ailelerin çocuklarının sağlık sorunları için tercih ettiği birimlerin başında gelmektedir (Grove ve ark., 2000; Wilson &Klein, 2000).Bireyler durumları acil olmasa bile, günün herhangi bir zamanında doktor tarafından muayene edilmek için acile başvurumaktadırlar (Türkiye Cumhuriyeti Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2000).

Ülkemizde yayımlanan verilere göre her yıl daha fazla hasta acil servislere başvuru yapmaktadır. 2016 yılında 92 milyon hastanın acil serviste muayene olduğu ve bu sayının tüm muayenelerin %31'ini oluşturduğu dikkat çekmektedir. 2021 yılına kadar ise acile başvuru sayılar giderek artarak 130 milyonu bulmaktadır ve tüm muayenelerin %48'ini oluşturmaktadır (Grove ve ark., 2000; Wilson &Klein, 2000). Acil servislere başvurunun artması sebebiyle hastaların bekleme süresi uzamakta, acil hastaların tedavi ve bakımları gecikebilmekte, güvenlik sorunları yaşanmakta, sağlık personellerinin veri düşmekte ve hasta memnuniyeti azalmaktadır (Afılalo ve ark., 1995).

2.3.Acil Serviste Triyaj

Acil servislerde triyaj uygulaması ilk kez 1950'li yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde kullanılmaya başlanmıştır. Türkiye Cumhuriyeti Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nde triyaj "Acil servislere başvuran hastaların, görevli sağlık personeli tarafından hastalıkları ile ilgili şikâyetleri ile belirtilerinin şiddeti ve tıbbi durumlarının

aciliyeti gözetilerek, tıbbi önceliklerinin ve yönlendirilecekleri tedavi birimlerinin belirlenmesi işlemin” olarak açıklanmıştır. (Türkiye Cumhuriyeti Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2000).

Triyaj uygulamalarında öncelikli hedef doğru ve hızlı klinik karar alarak gerçekleşen olayda gerçekleşecek ölüm sayısını en aza indirebilmektir. Bu sebeple sağlık personellerine yardımcı olması için birçok triyaj sistemi geliştirilmiştir (Türkiye Cumhuriyeti Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2000).

Çocuk acil servislerinde triyaj uygulaması ise;

- Acil hastalara uygulanacak bakımın ve tedavinin gecikmesini önlemek,
- Hastaya sunulan bakımın kalitesini artırmak,
- Acil serviste yaşanılacak hasta yoğunluğuna çözüm bulmak,
- Hastaların acil serviste muayene ve tedavi için bekleme sürelerini azaltmak amacıyla yapılmaktadır (Bayat ve Uslu, 2016).

Acil servislerde triyaj uygulaması, triyaj eğitimi almış ve deneyimli hemşire, hekim, sağlık memuru, paramedik, acil tıp teknisyeni tarafından uygulanmaktadır (Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2022).

Dünya geneline bakıldığında acil servislerde farklı triyaj uygulamaları yapıldığı görülmektedir. Kullanılan triyaj sistemleri iki, üç, dört veya beş düzeyli olabilmektedir. Kanada Triyaj ve Duyarlılık Skalası, Manchester Triyaj Skalası, Acil Ciddiyet İndeksi ve Avustralya Triyaj Skalası en yaygın kullanılan triyaj sistemleri arasındadır. Bu triyaj sistemlerinden Kanada Triyaj ve Duyarlılık Skalası, Manchester Triyaj Skalası ve Acil Ciddiyet İndeksi çocuklar için de kullanılabilir. Yalnızca Pediatrik Kanada Triyaj ve Doğruluk Skalası çocuklara yönelik geliştirilmiştir (Bayat & Uslu, 2016).

Ülkemizde ise acil servise başvuru yapan hastaların ilk değerlendirilmesi üçlü triyaj sistemine göre yapılmaktadır. Üçlü triyaj sistemi üç renk kodundan (yeşil, sarı, kırmızı) oluşmaktadır (Bayat & Uslu, 2016). Hasta acile başvuru yaptığı anda öncelikle triyaj alanında değerlendirilir. Hastanın acil servise başvuru nedeni öğrenilerek ateş, tansiyon, nabız, oksijen saturasyonu gibi vital bulguları değerlendirilir. Ayaktan

başvuru yapan, vital bulguları stabil olan, muayene için 1 ile 4 saat arasında beklemesi sonucunda morbidite, komplikasyon veya hayatı tehdit oluşturmeyen sağlık sorunu olan hastalar yeşil alana yönlendirilir. Uzu v kay bı riski bulunan, morbidite açısından riskli ve hastanın hayatını tehdit etme olasılığı olan durumlarda birey sarı alanda muayene olmalıdır. Hayatı tehdit eden sağlık sorunu olan ve ilk 10 dakika içerisinde tedaviye başlanması gereken hastalar kırmızı alanda muayene edilir (Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2022).

Akyolcu (2007) yaptığı araştırma sonucunda dünyada ve ülkemizde triyaj uygulamasını genellikle hemşirelerin yaptığını bildirmiştir. Triage alanında görevlendirilecek hemşirelerin sahip olması gereken özellikler;

- Acil serviste en az 6 ay ile 1 yıl arasında çalışmış olması,
- Acil hemşireliği, yoğun bakım hemşireliği veya ileri yaşam desteği sertifikası,
- Acil serviste eğitimlere katılmaktır [Bayat & Uslu, 2016; EmergencyNursesAssociation (ENA), 2017].

Acil serviste triyaj alanında çalışan hemşirelerin yükümlülükleri ise; başvuru yapan hastaların acil servise kaydını sağlamak ve takibini yapmak, hastaların şikâyetlerini ve vital bulgularını değerlendirmek, verileri kayıt altına almak ve kurumda kullanılan triyaj sistemini uygulayarak hastaları önceliğine göre yönlendirmektir (Tarhan & Akın, 2016).

2.4.Aile Merkezli Bakım

Bakım; ahlaki bir yanı da olan, karşılıklı güven ve ilişkiye dayanan bir kavramdır. Bakımı hemşirelik bakımı olarak ayrıcalıklı kılınmasındaki en büyük özellik, ahlaki yönlerin hemşirelik bilgi ve becerileri ile yoğrularak hemşire ile hasta ilişkisine yansıtılmasıdır (Dinç, 2010). 20. yüzyılda sağlıkta önemli bir konsept olarak ortaya çıkan aile merkezli bakım; çocukların refah seviyelerinin artırılması, gelişimsel ve psikososyal ihtiyaçlarının giderilmesinde ailelerin rolüne dikkat çekmektedir (Lindly ve ark., 2017).

Aile merkezli bakım, sağlık profesyonelleri ile aile ve çocuk arasında karşılıklı fayda sağlayan, tedavi ve bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi için yenilikçi bir yaklaşımdır [American Pediatri Akademisi (APA), 2003]. Çocuk ile aileleri birçok yönden (fiziksel, duygusal, kültürel, sosyal, spiritüel) bütüncül olarak ele alarak, hastane ortamında ihtiyaçlarını ve beklentilerini en iyi şekilde karşılamaya çalışan bir yaklaşımdır (İşler & Conk, 2006; Lindly ve ark., 2017).

James Robertson ve John Bowly tarafından ebeveynleri çocuklarının bakımına dahil etme fikri öne sürülmüştür. 1953 yılında James Robertson “İki yaşındaki çocuk hastaneye gidiyor” ve “Hastaneye anneyle gitmek” adlı iki film yayımlamıştır. 1958 yılında ise yayımladığı “Küçük çocuklar hastanede” adlı kitabında çocukların hastanede kaldığı sürede, annelerinden ayrılmaya bağlı stres ve acı duyduklarını bu sebeple iyileşme süreçlerinin uzadığını savunmuştur. James Robertson’ın yaptığı çalışmalar sonucunda Kanada, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), İngiltere, Avustralya gibi ülkelerde çocuklara verilen sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik hastane politikaları geliştirilmeye başlanmıştır. İngiltere’de 1959 yılında bir komite kurularak çocukların hastanedeki bakımları incelenmiştir. İnceleme sonucunda 55 madde öneriden oluşan Platt Raporu yayımlanmıştır. Bu rapordaki önerilere göre anneler çocukları ile birlikte hastanede kalabilmeli, ailenin çocukları ziyareti yasaklanmamalı, çocuğun gelişim dönemine özgü oyun aktiviteleri olmalı ve sağlık personelleri çocuğa ihtiyaçlarını doğrultusunda bakım verebilecek eğitimi almış olmalıdır (AAP, 2003; Shields&Tanner, 2004; Jolley&Shields, 2009; Arango, 2011).

Aile merkezli bakımda amaç çocuk ile aile arasındaki bağı güçlendirerek, hastaneye yatışın olumsuz etkilerini önlemek ve çocuğun bakımında ailelerin katılımını sağlamaktır (Kain ve ark., 2007; Aykanat& Gözen 2014). Ancak ebeveynlerin çocuğun bakımına katılmaları sağlanırken, bakıma katılmaya hazır olup olmadıkları değerlendirmelidir. Bu süreçte sağlık personelleri verilen bakımı denetlemeli ve ebeveynlere destek olmalıdır (Aktaş ve ark., 2012; Özakar Akça & Gözen, 2013).

Aile merkezli bakımın 4 temel içeriği; itibar ve saygı, bilgi paylaşımı, ailenin bakımda yer alması ve aile ile iş birliğidir. Ailenin değer ve inançlarından kaynaklı seçimlerine, sağlık personellerinin saygı göstermesi itibar ve saygı kapsamındadır. Bilgi paylaşımı sağlık personellerinin, çocuklarıyla ilgili ailelerine doğru ve eksiksiz bilgi

vermeleridir. Ailenin bakımda yer alması için, ailenin çocuklarının bakımına kendi istedikleri şekilde ve düzeyde katılabilmeleri ve sağlık personeli tarafından bakıma katılmaları için cesaretlendirilmelidir. Aile merkezli bakımın sağlanabilmesi için de sağlık personelleri aile ile iş birliği içerisinde olmalıdır (Kuo ve ark., 2012). Sağlık personellerinden aile ve çocuğa en yakın konumda olan bütüncül bakımı benimsemiş olan pediatri hemşireleri aile merkezli bakımın planlanıp uygulanmasında kilit rol oynamaktadır (Çavuşoğlu, 2013).

Aile merkezli bakımın temelini, çocuğun bakımında aile ile hemşirenin iş birliği ve saygı anlayışı oluşturmaktadır. Hemşireler, çocuğun bakımına katılmaları için aileleri desteklemeli ve güven duygusunu artırmalıdır. Bu sayede aile ve hemşire arasında gelişen olumlu ilişki çocuğun bakımına yansyarak kalitesini artırmaktadır (Doğan, 2010).

2.5.Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım

ÇAS, çalışanları ve tüm birimleri ile 24 saat hizmet vermektedir. ÇAS'ın amaçları ise acile başvuru yapan bireylere etkin, hızlı ve doğru hizmet vermektir (Anıl ve ark., 2014). Sağlık Bakanlığının 2017 yılındaki verilerine göre ilk 9 ay içerisinde acil servise başvuru oranı %25,97 oranı ile ilk sırada yer almaktadır. ÇAS'ne başvuruların ise tüm başvuruların %2,61'si (yaklaşık 7,7 milyon başvuru) olduğu bildirilmiştir (Karakaş ve ark., 2020). Hastaların acil servise en sık başvuru nedenleri arasında: travmalar, yeni doğan ve enfeksiyon hastalıkları, kardiyolojik, endokrinolojik ve alerjik hastalıklar yer almaktadır (Aşılıoğlu ve ark., 2009). Acil servise başvurularda adli olgular da sıkça görülmektedir. Ani ölümler, istismar, intihar, zehirlenme adli olguları oluşturmaktadır. Aynı zamanda hastalar astım, diyabet, Akdeniz Ateşi gibi kronik ve genetik geçişli hastalıklarının komplikasyonları içinde acil servise başvuru yapmaktadır (Sabancı, 2015; Karakaş ve ark., 2018). Bazaraa ve arkadaşları (2012) 1441 hasta üzerine yürüttükleri araştırma sonucunda acil servise en sık başvuru nedenlerinin sırasıyla solunum sıkıntısı, hışıltı, konvülsiyon ve ateş olduğunu bildirilmiştir. Ülkemizde yürütülen bir çalışmada ise ÇAS' ne en sık başvuru nedenlerinin; kız çocuklarda travma ve üst solunum yolu enfeksiyonlarından kaynaklı hastalıklar, erkek çocuklarda ise üst solunum yolu enfeksiyonlarından kaynaklı

hastalıklar ve kesici alet ile yaralanmalar olduğu belirtilmiştir (Ayvaz ve ark., 2007). Karakaş ve arkadaşları (2020) yaptıkları çalışmada 132.654 hastanın %18,3'ünün solunum sistemini ilişkin yakınmalar sebebiyle başvurduğu, çocukların ise hastaneye en sık başvuru nedeninin ateş olduğunu bildirmiştir. Acil servislerde laboratuvar ve radyoloji hizmetinin de bulunması ebeveynlerin çocukları için acili tercih etme nedenlerinden sayılabilir (Twanmoh& Cunningham, 2006).Anıl ve arkadaşları (2014) araştırmalarının sonucunda ise ailelerin acili tercih etme nedenlerini; hastalardan ücret alınmaması, ebeveynlerin iş çıkışında acile gelebilmeleri ve acil servis hizmetlerinin diğer poliklinik hizmetlerinden daha hızlı olması şeklinde bildirmişlerdir. Ebeveynlerin acil servisleri gereksiz ve uygunsuz kullanması gerçek acil hastaların tanı ve tedavisinde aksaklıklara sebep olabilmektedir. Uygunsuz başvuru ile hasta sayısının artması acil servisteki iletişimi etkilemekle birlikte hastaların memnuniyetini azaltabilmektedir (Hoot&Aronsky, 2008).

Memnuniyet kavramı değerlendirildiğinde her hasta ve yakını için farklı anlamlar içerdiği dikkat çekmektedir. Literatüre bakıldığında ise araştırmacıların memnuniyet kavramını kişinin yaşam tarzı, geçmiş tecrübeleri, beklentileri ve değerleri gibi kişisel özelliklerin yanı sıra hekim muayenesi için bekleme süresi, yapılan açıklamaların yeterliliği, sağlık çalışanlarının kurdukları iletişim ve yapılan işlemleri açıklaması gibi kurumsal özellikler ile ilişkilendirdiği görülmektedir (Gürlek, 2005; Karadağ, 2007; Ergezen& Efe, 2019; Güngör & Karagöl, 2020). Çocuk hastalıkları servislerine başvuru yapan bireylerin çocuk olması sebebiyle memnuniyet üzerinde değerlendirme net yapılamamaktadır bu sebeple hasta yakınlarının görüşlerine başvurulmaktadır. Bu durum sonucunda ebeveyn memnuniyeti kavramı ortaya çıkmıştır (Çamur, 2017; Öztürk, 2019).Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve çocuğa olan etkisini değerlendirmek amacıyla ebeveyn memnuniyeti kullanılmaktadır (Ergezen&Efe, 2019).

Hastanın bakımı ile tedavisinde çocuğun ihtiyaçlarının belirlenip giderilmesi ve ailelerin beklentilerinin karşılanması ile meydana gelen pozitif düşünceye ebeveyn memnuniyeti denilmektedir (Aşılıoğlu ve ark., 2009).Acil servislerde en önemli amaçlardan biri de hasta ve ebeveyn memnuniyetini sağlamaktır. Hasta ve ebeveyn memnuniyetini etkileyen durumların en başında hastanın sağlık durumu vardır (Erdim ve ark, 2006; Topal ve ark., 2013).Aileler acil servise başvuru yaptığından en önemli

gereksinimi çocuklarının sağlık durumu ve yapılan tıbbi işlemler hakkında bilgi sahibi olabilmelidir (Güngör & Kargöl, 2020). Hastanın bakımı ve tedavisinde genellikle hasta ile hastalık odaklı yaklaşılarak, ailenin ihtiyaçları göz ardı edilebilmektedir. Ebeveynler sağlık profesyonelleri tarafından kısa, öz ve açıklayıcı bir şekilde bilgilendirilmelidirler. Aileler çocuklarının hastaneye yatmasına bağlı olarak genellikle suçluluk, karamsarlık, pişmanlık, stres gibi duygular yaşamaktadırlar. Bu duygular ile başa çıkmaya çalışan ebeveynlerin, hastanede refakatçi olarak bulunarak çocuklarının güvende olduğunu hissetmek ve hastalığıyla mücadele edebildiğini bilmek bu süreçten en az şekilde etkilenmelerini sağlamak için önemlidir. Bu sebeple ebeveyn bakımı ve gereksinimine, en az hastanın bakımı kadar değer verilmelidir. Ebeveyn memnuniyetini etkileyen faktörler arasında sağlık profesyonelleri tarafından aldığı destek, bilgilendirilmek, ihtiyaçlarının ve beklentilerinin karşılanması yer almaktadır (Tosun & Tüfekçi, 2015; Çamur, 2017; Güngör & Kargöl, 2020). Ebeveynlere çocuklarının hastalık seyri, tedavi ve bakımına ilişkin bilgiler vermesi, memnuniyetlerini olumlu yönde etkilemektedir. Verilen kararlarda söz sahibi olmaları ebeveynlerin aldıkları sağlık hizmetlerinde daha memnun kalmalarını sağlamakta bununla beraber verilen bakım ve tedavinin kalitesini artıracakları görülmektedir (Ergezen & Efe, 2019).

2.6. Kültürlerarası Ölçek Uyarlama

Uluslararası ve kültürlerarası çalışmalarda gözlenen artış sonucunda standardize ve yapılandırılmış ölçüm araçlarına olan ihtiyaç da artmaktadır. Eskiden bir ölçüm aracını başka bir dillere çevirmek, sadece dilbilimsel bir görev olarak değerlendirilirdi. Günümüzde ise farklı kültür ve dillerde kullanılacak bir ölçüm aracının, dilbilimsel içeriğinin korunmasının yanı sıra, kültürel açıdan da uyarlanması gerektiği kabul edilmektedir (Beaton ve ark., 2007; Esin, 2014; Coster & Mancini, 2015). İngilizce kökenli birçok ölçeğin farklı dillere çevrilmesi hem kültürel hem de dilsel açıdan eşdeğerlik sağlanması için çeşitli analiz yöntemlerinin kullanılmasını zorunlu kılmaktadır (Yasir, 2016). Dil ve kültür farklılıklarının boyutu arttıkça, ölçeğin uyarlanması da o kadar kritik hale gelmektedir. Kültürlerarası araştırmalar, sadece farklılıkları değil, aynı zamanda ortak noktaları da açığa çıkararak, kültürler hakkında daha kapsamlı bir bakış açısı kazandırır. Geçerli ve güvenilir bir şekilde uyarlanmış ve kullanılan ölçüm araçları, sağlık çalışanları için araştırmalarda vazgeçilmez bir ölçüm

aracı haline gelmiştir. Uyarlanmış ölçeklerin geliştirilmesi, çok merkezli ve farklı kültürlerde geliştirilen araştırmaların önünü açarak uluslararası iş birliklerine de katkıda bulunacaktır (Çapık ve ark., 2018).

2.3.1. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması Öncesinde Yapılması Gerekenler

Uyarlama sürecine başlamadan önce iki kritik noktanın titizlikle değerlendirilmesi gerekmektedir. İlk olarak, uyarlanacak ölçeğin gerçekten gerekli olup olmadığı sorgulanmalıdır. Araştırmacılar, ölçeğin amaçlarına ne kadar uygun olduğuna dair net bir anlayışa sahip olmalıdır. İkincisi ise, geçerliliği ve güvenilirliği yapılacak ölçeğin en uygun ölçüm aracı olup olmadığı değerlendirilmelidir. Bu sonuca varabilmek için ölçeğin puanlama kriterleri ve orijinal ölçek kullanılarak yapılan çalışmalara dair detaylı bir inceleme yapılmalıdır (Coster & Mancini, 2015). Bir ölçeğin uyarlanmasına karar vermeden önce araştırmacılar, orijinal ölçeğin geliştirilme amacını, ölçtüğü kavramı, aynı alandaki diğer ölçüm araçlarına kıyasla sunduğu avantajları, diğer ülkelerdeki kullanım yaygınlığını ve ölçek maddelerinin kültürel açıdan uygunluğunu dikkatlice değerlendirmelidir (Çapık ve ark., 2018).

2.3.2. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması Sırasında Yapılması Gerekenler

Ölçek uyarlama çalışmaları, ilk aşamada ölçeğin sahibinden yazılı izin alınmasıyla başlamaktadır [Uluslararası Test Komisyonu (UTK), 2018]. Bu aşamayı takiben, ölçeğin dilbilimsel (psikolinguistik) ve psikometrik (geçerlik-güvenirlik) özellikleri detaylı bir şekilde incelenmektedir (Karakoç & Dönmez, 2014; Esin, 2015; Karaçam, 2019). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kültürlerarası ölçek uyarlaması için bir rehber yayınlamıştır. Bu rehber gere, izlenmesi gereken adımlar şunlardır: çeviri, anlamsal açıklamalar, uzman görüşü, geri çeviri, pilot uygulama ve bilişsel inceleme, son sürümün elde edilmesi ve dokümantasyon [Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2017]. Borsa ve arkadaşları (2012), geri çeviri aşamasının pilot uygulamadan sonra yapılması gerektiğini savunmaktadır. Geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olabilmesi için uyarlanan veya yeni geliştirilen bir ölçeğin psikometrik özelliklerinin titizlikle değerlendirilmesi gerekmektedir (Ercan & Kan, 2004; Deniz, 2007; Esin, 2015; Karaçam, 2019).

2.3.2.1.Çeviri

Ölçeğin uyarlanması görev alacak çevirmen hem kaynak kültür hem de hedef kültür hakkında bilgi sahibi olmalı ve anadili ölçeğin uyarlanacağı kültürün dili olmalıdır. Mümkünse, çeviri işlemi sırasında, çevirisi yapılan ölçüm aracının terminolojisine aşina ve bu alanda veri toplama deneyimi olan sağlık personelleri de yer almalıdır (UTK, 2018; DSÖ, 2017). Çeviri işleminin titizlikle yürütülmesi için, çevirmenlerin hem kaynaktan hem de hedef dilden gelen metinlerde yer alan kültürel, psikolojik ve dilbilgisi farklılıklarına dikkat etmeleri önemlidir (UTK, 2018). Çeviri işlemi sırasında, hedef dilin dilbilgisi kuralları, kültürel ve deyimsel yapısı ve konu ile ilgili kavramsal içerik titizlikle korunmalıdır. Bu sayede, çeviriden sonra ortaya çıkan ölçeklerin dili hem doğal hem de hedef kitle için kabul edilebilir bir nitelik kazanacaktır. (Arafat ve ark., 2016; DSÖ, 2017).

İlk çeviri aşamasında, en az iki kişinin birbirinden bağımsız olarak çalışması ve çevirilerini karşılaştırması önerilmektedir (Coster&Mancini, 2015). Yayımlanan yönergeler göre, çevirmenlerin ana dillerinin çeviriyi yaptıkları dil ile aynı olması tercih edilir (Beaton ve ark., 2007; Coster&Mancini, 2015; Dorer, 2012). Çeviri işleminde, dildeki nüanslar ve deyimler titizlikle korunmalı ve birden fazla kelime seçeneği mevcut olduğunda, ileride karar verilebilmesi için alternatif kelimeler de çeviriye eklenmelidir (Beaton ve ark., 2007; UTK, 2018). Çeviri işleminin titizlikle yürütülmesi için, en az iki farklı çeviri karşılaştırılmalı ve nihai sürümün en doğru şekilde oluşturulması sağlanmalıdır. Ekip, bu yöntemlerle fikir birliğine varamazsa, ek yorumcuların görüşlerine başvurulabilir (Beaton ve ark., 2007; Coster&Mancini, 2015).

2.3.2.2. Anlamsal Açıklamalar

Çeviri işleminin titizlikle yürütülmesi için, çevirmenin kaynak metindeki kelimelerin ve ifadelerin dildeki anlamını ve kültürel bağlamını kavraması ve hedefe dilde en uygun karşılıklarını seçmesi önemlidir. Çok sadık, çok özgür veya çok edebi çeviriler, metnin anlamını bozabilir ve iki dil arasında eşdeğerliği zorlaştırabilir (Scholz, 2011; ITC, 2018). Dil yapısındaki farklılıklar, test çevirisi sırasında çeşitli sorunlara yol açabilir. Bu sorunlardan biri, özne ve yüklem kullanımı sıralamasındaki farklılıklardır. UTK'nin (2018) de belirttiği gibi, Türkçe ve İngilizce gibi dillerde özne ve yüklem

sırası farklılık gösterebilir. Bu durum göz önüne alınmazsa, çeviride yanlış anlamalar ortaya çıkabilmektedir.

2.3.2.3.Uzman Görüşü

Çeviri sürecinin aşamaları uzmanlar arasında tartışma konusudur. Bazı kaynaklar, geri çeviri tamamlandıktan sonra uzmanlardan görüş alınmasını önermektedir (Jesus &Valente, 2016). Ancak, DSÖ kılavuzları, çevirinin tamamlanmasından sonra uzman görüşünün alınmasını tavsiye etmektedir(DSÖ, 2017). Bu adımda, çeviride yer alan yetersiz veya yanlış kullanılan ifadeler ve kavramlar belirlenir ve bu sorunlar düzeltilir. Bu, çevirinin kaynak metnin anlamını tam ve doğru şekilde yansıttığından emin olmayı sağlar.Bu adım, çeviri kalitesini ve tutarlılığını artırmak için önemlidir. Çevirinin profesyonel ve hatasız olmasını sağlayarak, hedef kitleye doğru ve net bir mesaj aktarılmasını sağlar(Jesus &Valente, 2016; DSÖ, 2017).

Çeviri sürecinde uzmanlar, kelimelerin eş anlamlılarının olup olmadığını, cümlelerin birden fazla anlama gelip gelmediğini ve çevirideki dilbilgisi hatalarını kontrol ederek anlamsaleşdeğerliği değerlendirirler.Ayrıca ölçeksorularının kültürel yönden anlamının değişip değişmediğini (deyimsel eşdeğerlik), bir maddenin kültürel olarak hedef gruba uygulanmasının uygun olup olmadığını (deneysel eşdeğerlik) ve yeni kültürde aynı kavramları değerlendirip değerlendirmedığını (kavramsal eşdeğerlik) de göz önünde bulundururlar(Borsa ve ark., 2012).

Araştırmacılar, uzmanlara çeviri aşamalarını detaylı bir şekilde anlatan bir önsöz ile birlikte ölçek maddelerinin orijinal metnini ve Türkçe çevirisini içeren bir dosya göndermektedir.Bu dosyanın amacı, uzmanlardan çeviri ve ölçeğin Türkçe versiyonu hakkındaki görüşlerini alarak, çeviri ve ölçeğin kalitesini ve güvenilirliğini değerlendirmektir(Çapık ve ark., 2018).

Kapsam geçerliliğini değerlendirmek için kullanılan iki yaygın teknik olan Davis ve Lawshe tekniklerinde, uzman görüşlerinin sayısı 3 ile 40 arasında değişmektedir(Davis, 1992). Uzmanlar, uzman değerlendirme formunda yer alan “uygun değil (1)”, “maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir (2)”, “uygun, ancak küçük değişiklik gerekir (3)”ya da “çok uygun (4)” şeklindeki değerlendirmelerini her bir madde için yaparak görüşlerini bildirmelidir. Uzmanların yaptığı değerlendirme

sonucunda her bir madde için %80 veya üzeri, 3 ile 4 puan arasında alınabilmesi kapsam geçerlilik indeksinin (KGİ) iyi olduğunu göstermektedir. Uzmanların uygun bulmadığı ve düşük puan verdiği maddeler yeniden gözden geçirilmesi gerekmektedir (Dawis, 1992; Alpar, 2018; Esin, 2014; DSÖ, 2017; Büyüköztürk, 2021).

2.3.2.4. Geri Çeviri

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ, 2017) önerdiği yöntemle göre, uzman panelinden onay alan ölçeğin geri çevirisi, anadili İngilizce ve çeviri yapılan dile de hakim olan, fakat ölçek hakkında herhangi bir bilgi sahibi olmayan bir çevirmen tarafından yapılmalıdır. Bazı kaynaklarda ise geri çeviri işleminin ilk çeviride yer almayan iki bağımsız çevirmen tarafından gerçekleştirilmesi önerilmektedir (Erkut, 2010; Coster&Mancini, 2015; Jesus &Valente, 2016). Geri çeviride de tıpkı ilk çeviride olduğu gibi, dilsel eşdeğerlikten ziyade kavramsal ve kültürel eşdeğerliğe odaklanılmalıdır (DSÖ, 2017).

2.3.2.5. Pilot Uygulama ve Bilişsel İnceleme

Yeni bir ölçeğin veri toplamaya hazır olduğunu savunmadan önce pilot çalışma yapılması zorunludur (WHO, 2017). Bu aşamada, küçük bir örneklem üzerinde soruların anlaşılabilirliğini değerlendirmek için bir ön uygulama gerçekleştirilir. Katılımcılardan soruları yüksek sesle okumaları ve her maddenin anlamını kısaca açıklamaları istenir. Anlaşılmakta zorluk yaşanan bir maddeyle karşılaşıldığında, katılımcıdan sorunun nasıl ifade edilebileceğine dair önerilerde bulunması talep edilir (Borsa ve ark., 2012). Pilot uygulamanın örnekleminde yer alan grubun yaş aralığı, eğitim düzeyi, cinsiyet gibi demografik özelliklerinin, orijinal ölçeğin hedef kitlesiyle örtüşmesi gerekmektedir (Erkuş, 2007).

2.3.2.6. Yapı Geçerliliği

Yapı geçerliliği, bir ölçme aracının, ölçmek istediği kavramları eksiksiz, doğru ve objektif bir şekilde ölçebilecek şekilde tasarlanmış olmasıdır (Özdamar, 2016; Özdemir, 2018; Erdoğan, 2020). Yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde farklı yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler arasında en yaygın kullanılanı faktör analizidir (Soysal, 2005; Alpar, 2018). Faktör analizi, aralarında ilişkiler bulunan çok sayıda değişkeni, daha az sayıda temel bileşene indirgeyerek ve özetleyerek, değişkenler arasındaki ilişkilerin anlaşılmasını ve yorumlanmasını kolaylaştırmayı

amaçlayan bir istatistiksel yöntemdir(Doğan & Başokçu, 2010). Faktör analizi iki ana türe ayrılır: Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA). Hangi analizin kullanılacağına karar verirken, ölçek maddeleri arasındaki ilişkiler bilinmiyorsa AFA, önceden belirlenmiş bir modelin test edilmesi gerekiyorsa DFA tercih edilir(Bandalos&Finney, 2018; Büyüköztürk, 2021).

2.3.2.7. Güvenirlilik

Güvenirlilik, bir ölçme aracının tutarlı ve istikrarlı sonuçlar vermesini ifade eder. Başka bir deyişle, aynı koşullar altında tekrar tekrar uygulandığında, aynı veya benzer sonuçları üretme yeteneğidir(Ercan & İsmet, 2004). Güvenirlilik ölçütü değerlendirmesi iç tutarlık, değişmezlik, bağımsız gözlemciler arası ve içindeki uyum, sınıf içi korelasyon katsayısı (SKK) ile yapılır. Ölçek maddelerinin kendi içerisinde tutarlı olmasına iç tutarlılık denilmektedir(Tutar & Erdem, 2020). Bir ölçeğin iç tutarlılığını saptamak amacıyla kullanılan testler: Cronbach's Alfa Güvenirlilik Katsayısı, Madde-Toplam Puan Korelasyonları, Testi Yarıya Bölme Yöntemi (Split-Half Method), Kuder-Richardson Güvenirlilik Katsayılarıdır(Altunışık ve ark., 2019; Sayım, 2021). 0 ile 1 arasında değer alan Cronbach's Alfa Katsayısı (korelasyon katsayısı) 1'e ne kadar yakın bir değer alırsa güvenirlilik o kadar yüksek kabul edilir(Tutar & Erdem, 2020; Hayran & Hayran, 2020). Ölçek maddelerinin aldığı puanlarla ölçeğin aldığı toplam puan arasındaki ilişkiyi açıklayan Madde-Toplam Puan Korelasyonlarının yüksek ve pozitif değerde olması ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu gösterir(Büyüköztürk, 2021). Testi Yarıya Bölme Yönteminde (Split-Half Method) ölçek maddeleri uygun yöntem belirlenerek iki eş parçaya ayrılır. İkiye ayrılan form aynı gruba aynı anda uygulanarak aldıkları puanlar arasındaki korelasyonla güvenirlilik tahmini yapılır. Testin tamamı için korelasyon katsayısı Spearman Brown formül ile hesaplanır. Böylece ölçek puanları arasındaki tutarlılık değerlendirilmiş olur (Ercan & İsmet, 2004; Büyüköztürk, 2021). Ölçek maddelerine verilecek cevapların evet/hayır, doğru/yanlış gibi iki farklı seçeneği olduğu durumlarda Kuder-Richardson Güvenirlilik Katsayıları kullanılır. Ölçek maddelerinin benzer özellikleri değerlendirmesi güvenirliliğinin yüksek olduğunu gösterir (Büyüköztürk, 2021).

2.3.2.7. Son Sürüm ve Dokümantasyon

Yapılan ölçek geçerlilik ve güvenirlik çalışmasına uygun aşamalar geçirildikten sonra araştırmacılar ölçeğin son sürümünü elde etmiş olur. Ölçek ile ilgili makale yazılırken ölçeğin özgün bir ölçek mi ya da başka bir kültüre uyarlama mı olduğu belirtilmeli, kimler için geliştirildiği yer almalı, nasıl kullanılacağı ve nasıl puanlanacağı makalede net olarak verilmelidir (Çapık ve ark., 2018).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Şekli

Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliğinin literatüre kazandırılması amacıyla metodolojik olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Amacı

Bu çalışma Çocuk Acillerde çocuk ve ailelere bakımın değerlendirilmesi amacıyla Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin (ED-FACCE) Türkçe formunun ölçek geçerlilik ve güvenirliğini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.3.Araştırmanın Yapıldığı Yer

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi Çocuk Acil Servisine Tokat Zile Devlet Hastanesi Acil Servisinde yapılmıştır. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi Çocuk Acil Servisi, 1 muayene alanı (3 sedye), 1 müşahede alanı (6 yatak), 1 resüsitasyon odası (1 sedye), 1 hemşirelik girişimlerinin yapıldığı işlem odasından (2 sedye) oluşmaktadır. Çocuk acil servisi bünyesinde 8 hekim, 10 hemşire ve 2 temizlik personeli hizmet vermektedir. Tokat Zile Devlet Hastanesi Acil Servisi, yeşil alan (2 sedye) ve sarı alan (1 sedye) muayene alanı, 1 müşahede alanı (8 sedye), 1 resüsitasyon odası (1 sedye), cerrahi müdahale odasından (2 sedye) oluşmaktadır. Acil servis bünyesinde 12 pratisyen hekim, 2 Acil Uzmanı, 30 sağlık personeli ve 3 temizlik personeli hizmet vermektedir.

3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Örneklem, ölçek geliştirme ile geçerlik-güvenirlik çalışmalarında örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde kullanılan Örnek sayısı= (Madde Sayısı) X (Gözlem /Kişi sayısı) formül ile hesaplanmıştır (Alpar, 2018). Formülde belirtilen “gözlem/kişi sayısı” geçerlik ve güvenirliği yapılacak olan ölçekte bulunan her madde için 5-20 katı olması önerilmektedir (Alpar, 2018). Ölçeğin çeviri- geri çeviri tekniği ile ölçek

maddeleri belirlendikten sonra 11 Uzmanın görüşü alınmıştır. Ölçeğe son şekli verildikten sonra örneklem grubunun %10 olacak şekilde 18 birincil bakım veren bireye ölçek uygulanarak anlaşılıp anlaşılmadığı belirlenmiştir. 180 birincil bakım verici birey (ölçek madde x 20) olacak şekilde örneklem belirlenmiştir. Birincil bakım veren bireylerin katılımı sonucunda ölçek 360 kişi üzerinde uygulanmıştır. Bu çalışmada KMO değeri 0.911, Barlett's Test of Sphericity (BTS) değeri 1609,928 olarak hesaplanmıştır ve örneklem büyüklüğü yeterli bulunmuştur.

3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

Acil servise başvuru yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden çocuğa birincil bakım veren bireyler dahil edilmiştir.

3.6. Veri toplama araçları

Çalışma verilerinin toplanmasında Etik Kurul ve Kurum izinleri alındıktan sonra, 01.01 2024 ile 01.05.2024 tarihleri arasında Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil Servisi ve Tokat Zile Devlet Hastanesi Acil Servisinde, Bakım Verici Bilgi Formu (Ek-6) ve “Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeği” (Ek-7) kullanılarak veriler toplanmıştır.

3.6.1. Bakım Verici Bilgi Formu (Ek-6)

Bakım Verici Bilgi Formunda; bireyin çocuğun neyi olduğu, yaşı, çocuğun anne ve babasının eğitim ve çalışma durumu ile meslekleri, aile tipi ve gelir durumu, çocuğun cinsiyeti ve yaşı, son 6 ay içinde acile başvuru sayısı ve nedenini içeren bilgilerden oluşmaktadır.

3.6.2. Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeği (Ek-5, Ek-7)

Jennifer ve arkadaşları (2023) tarafından “Development and Psychometric Evaluation of a Caregiver Survey to Assess Family-Centered Care in the Emergency Department” geliştirilmiştir. Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeği 9 madde ve üçlü likert tipinde (0 puan az- 2 puan fazla) bir derecelendirme ölçeğidir. Ölçeğin Kapsam Geçerlilik İndeksi (CVI) 0.778 olarak bulunmuştur.

3.7.Araştırmanın Uygulaması

Araştırma iki aşamada yapılmıştır.

Araştırmanın 1. Aşaması 2 fazda gerçekleşmiştir.

1. Fazda Uyarlamayapılacakölçeğinçevirisivekültüreladaptasyonuyapılmıştır.Dil geçerliliği için toplam 6 dil uzmanı ile çalışılmıştır. 3 uzman ölçek maddelerini birbirlerinden bağımsız olarak İngilizceden Türkçeye çevirmiştir ve ardından bu uzmanlarla görüşülerek Türkçe maddelerin son hali verilmiştir. Oluşan Türkçe metni farklı 3 uzman Türkçeden İngilizceye birbirinden bağımsız olarak çevrilmiş, ardından bu 3 uzmanla görüşülerek İngilizce maddelerin son şekli verilmiştir. Oluşan Türkçe metin, İngilizce son metin ve orijinal metnin ölçek maddeleri İngilizceyi iyi bilen bir uzman tarafından birlikte değerlendirilerek Türkçe metnin son hali verilmiştir. Alanında uzman 11 araştırmacı ile görüşülerek ölçek maddelerinin son hali verilmiş ve çeviri işlemleri sonrası ölçek maddelerinin anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi açısından 18 ebeveyn (örneklemenin yaklaşık %10' unu temsil eden) ile pilot uygulama yapılmıştır. Kapsam geçerliğini belirlemek için dil geçerliliği tamamlandıktan sonra, 11 uzmandan uzman görüşü alınmış ve 360 ebeveyne ölçek uygulanmıştır.

2. Fazda Çevirisi ve kültürel adaptasyonu tamamlanan ölçeğin doğrulaması yapılmıştır. Bunun için öncelikle ölçeğin yapı geçerliği test edilmiştir. Bu araştırmada, yapı geçerliğini test etmek için Doğrulamalı Faktör Analizi ve Açıklayıcı Faktör Analizi kullanılmıştır. Verilerin faktör analizi uygunluğunu değerlendirmek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve değişkenlerin birbiriyle korelasyonunu belirlemek için Bartlett's Testi değerlendirilmiştir. Değerlendirmede İç tutarlılık (Cronbach alfa güvenirlik katsayısı) katsayısı hesaplanmıştır. Bu işlemler sonucunda ölçeğin Türk kültürü için doğrulanmış versiyonu elde edilmiştir.

Araştırmanın 2. Aşaması

“Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeği” ölçeğinin geçerlik-güvenirliği yapıldıktan sonra ebeveyn bilgi formu ve ölçeği araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 360 ebeveyne uygulanmıştır.

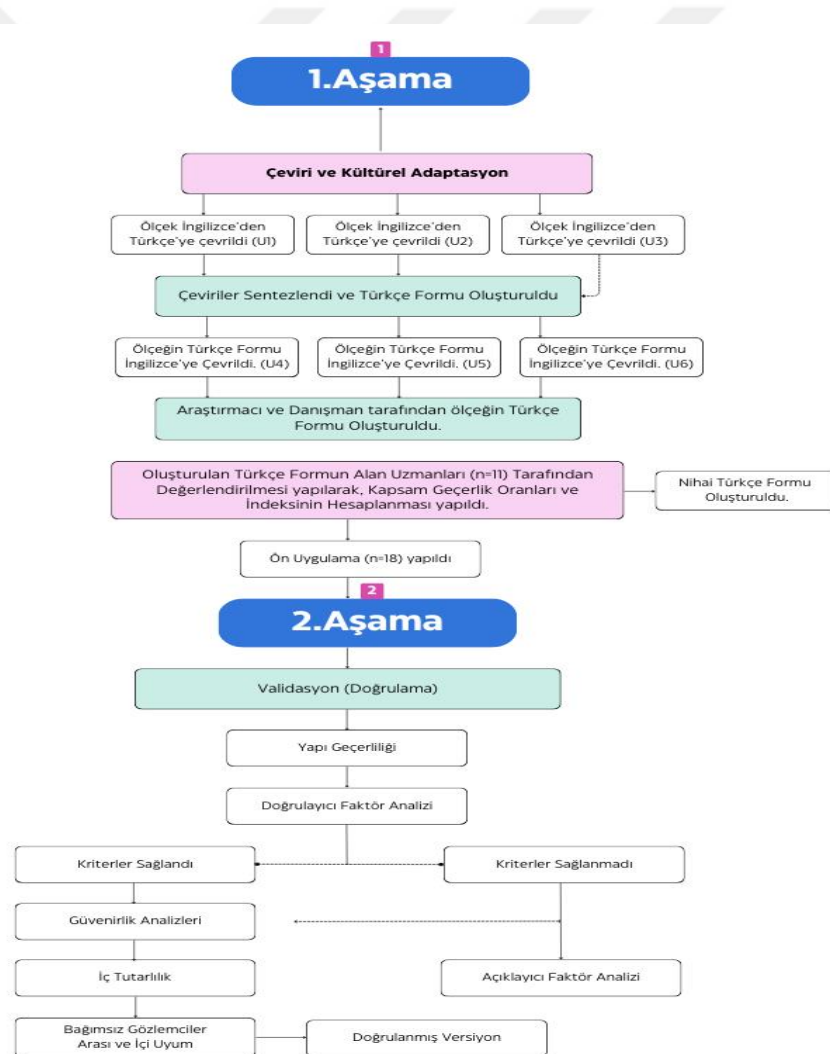
3.7.1. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versiyon 23.0 ve IBM AMOS (Analysis of Moment Structures) versiyon 23.0 istatistik programları kullanılmıştır. Verilerin dağılımı *Kolmogorov-Smirnov*, *basıklık (Skewness)* ve *çarpıklık (kurtosis)* testleri ile analiz edilmiş ve verilerin normal dağılım gösterdiği bulunmuştur. Analizlerde anlamlı farklılığın göstergesi olarak $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Tanımlayıcı verilerin incelenmesinde, yüzdelik, frekans, min-max değerler, ortalama ve standart sapma istatistikleri kullanılmıştır. Ölçeğin dil eşdeğerliliğinin sağlanmasın çeviri geri çeviri tekniği tercih edilmiştir. Kapsam geçerliği Davis tekniği ve kapsam geçerlik indeksi (KGI) kullanılarak sağlanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliğinin test edilmesinde doğrulayıcı faktör analizi (DFA) analizi kullanılmıştır. DFA modelinin uyum yeterliliği, maksimum olabilirlik yöntemi ile ve χ^2/SD (Ki-kare/Serbestlik Derecesi), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation; Tahminin Kök Hata Kareler Ortalaması), SRMR (Standardized Root Mean Square Residual; Standartlaştırılmış Ortalama Karekök Artığı), NFI (Normed Fit Index; Normlaştırılmış Uyum Endeksi), AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index; Düzeltilmiş Uyum İyiliği Endeksi), CFI (Comparative Fit Index; Karşılaştırmalı Uyum Endeksi) ve GFI (Goodness of Fit Index; Uyum İyiliği Endeksi) indeksleri kullanılarak değerlendirilmiştir. AFA temel bileşenler analizi yapılmış ve AFA değerine bakılarak herhangi bir madde çıkarılmamıştır. Örneklemin yeterli olup olmadığını KMO testi ile ölçeğin faktörlenebilir olup olmadığı BTS testi ile değerlendirilmiştir. Güvenirliğin değerlendirilmesinde ise, Cronbach alfa katsayısı, eş yarılar testi (split-half), madde analizi ve madde ayırt edicilik gücü indeksi kullanılmıştır. Aile merkezli bakım ölçeği puanlarının ile tanıtıcı verilere göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için ikili gruplarda bağımsız gruplarda t testi ve ikiden fazla gruplarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Karşılaştırmalarda kullanılması gereken uygun t/F değerlerini belirlemek amacıyla varyansların homojen olup olmadığını incelemek için Levene's testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren sürekli değişkenler arasındaki ilişkisi Pearson Korelasyon analiziyle incelenmiştir.

3.8.Araştırmanın Etik Boyutu

Jennifer L. Rosenthal e-posta yoluyla iletişime geçilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışmasına yönelik gerekli izin alınmış olup ölçeğin kullanıma yönelik lisans anlaşması yapılmıştır (Ek-1). Çalışmaya başlamadan önce, çalışmanın yürütüleceği Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurul izni(sayı) (Ek-2) ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi (E-21979232-020-381501) (Ek-3) ve Tokat Zile Devlet Hastanesinden (E-61995439-424.05.04-233110113) (Ek-4) kurum izni alınmıştır.

Akış Şeması



Şekil 3.1.Çocuk Acillerde Aile Merkezli Değerlendirme Ölçeği Türkçe

Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması Akış Şeması

Tarih Aralığı	Faaliyetler
01/03/2024- 31/05/2024	Literatür taraması
10/10/2023	Tez öneri sunumu
11/10/2023	Etik kurul onayı
12/10/2023- 31/10/2023	Çeviri- Geri çeviri işlemleri
01/11/2023- 15/11/2023	Uzman görüşlerinin alınması
03/01/2024	Kurum izinlerinin alınması
04/01/2024- 31/03/2024	Verilerin toplanması
01/04/2024- 28/04/2024	Verilerin analizi
01/04/2024- 31/05/2024	Tezin yazılması
26/06/2024	Tezin sunumu

Şekil 3.2. Çocuk Acillerde Aile Merkezli Değerlendirme Ölçeği Türkçe Uyarlaması:
Geçerlik ve Güvenirlik Çalışma Takvimi

4.BULGULAR

Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular verilmiştir.

4.1. Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliğine İlişkin Bulgular

4.1.2.Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin veriler Tablo 4.1.'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri (n=360)

	n	%	$\bar{x} \pm SS$	Min-Max
Bakım Vericinin Yaşı			37,27±7,45	8-60
Acil servise başvuran çocuğun yaşı			9,12±5,18	1-17
Son altı ay içerisinde acil servise başvurusu sayısı			2,73±2,26	1-10
Çocuğa refakat eden kişinin yakınlık derecesi				
Anne	203	56,4		
Baba	135	37,5		
Kardeş	9	2,5		
Hala/Dayı/Amca/Teyze	13	3,6		
Çocuğun cinsiyete				
Erkek	151	41,9		
Kız	209	58,1		
Çocuğun annesinin eğitim durumu				
Okur-yazar	4	1,1		
İlkokul	36	10,1		
Ortaokul	48	13,3		
Lise	125	34,7		
Üniversite ve üstü	147	40,8		
Çocuğun babasının eğitim durumu				
Okur-yazar	3	0,8		
İlkokul	31	8,6		
Ortaokul	26	7,2		
Lise	123	34,2		
Üniversite ve üstü	177	49,2		
Çocuğun annesinin çalışma durumu				
Çalışıyor	69	19,2		
Çalışmıyor	291	80,8		
Çocuğun babasının çalışma durumu				
Çalışıyor	358	99,4		
Çalışmıyor	2	0,6		
Çocuğun annesinin mesleği				
Memur	119	33,1		
Ev hanımı	211	58,6		
İşçi	30	8,3		
Çocuğun babasının mesleği				
Memur	162	45,0		
İşçi	106	29,4		
Esnaf	59	16,4		
Serbest meslek	33	9,2		
Aile tipi				
Çekirdek aile	295	81,9		
Geniş aile	45	12,5		
Parçalanmış aile	20	5,6		
Gelir durumu				
Gelir giderden fazla	47	13,1		
Gelir giderden az	218	60,6		
Gelir giderden eşit	95	26,4		
Acil servise başvurma nedeni				
Yüksek ateş	125	34,7		
Grip	115	31,9		
Karın ağrısı	17	4,7		
Mide bulantısı, kusma	27	7,5		
Diğer	76	21,1		
Toplam	360	100		

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin veriler Tablo 4.1.'de sunulmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması 35.73 ± 12.32 (18-64) yıl ve acil servise başvuran çocukların yaş ortalaması 9.12 ± 5.18 (1-17)'dir. Katılımcıların acil servise başvuru sayısı ortalama 2.73 ± 2.26 (1-10)'dır. Acil servise başvuran çocukların %58.1'i kız ve acil serviste çocuğu refakat edenlerin %56.4'ü annesidir. Acil servise başvuran çocukların annelerinin %40.8'i ve babalarının % 49.2'si üniversite mezunudur. Annelerin %19.2'si, ve babaların %99.4'ü çalışmaktadır. Acil servise başvuran çocukların annelerinin %58.6'sı ev hanımı ve babalarının % 45.0'ı memurdur. Katılımcıların %81.9'u çekirdek aile ve %60.6'sının geliri giderinden azdır. Acil servise başvuran çocukların %34.7'si yüksek ateş nedeniyle acil servise gelmiştir.

4.2.Geçerlik Analizleri

4.2.1.Dil Eşdeğerliği

Ölçeğin dil eşdeğerliği çeviri geri çeviri tekniği kullanılarak sağlanmıştır. Ölçek İngilizce diline hâkim üç uzman tarafından İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir. Ardından çeviriler araştırmacılar tarafından incelenerek ölçeğin Türkçe versiyonun son hali oluşturulmuştur. Türkçeye çevrilen ölçek İngilizce diline hâkim iki uzman tarafından tekrar İngilizceye geri çevirisi yapılmıştır. Ardından çeviriler araştırmacılar tarafından incelenerek ölçeğin Türkçe versiyonun son hali oluşturulmuş ve ölçeğin eş değerlilik aşaması tamamlanmıştır.

4.2.2.Kapsam Geçerliği

Ölçeğinin maddelerinin kapsam geçerlik oranları (KGO) ve kapsam geçerlik indeks (KGI) değeri, Tablo 4.2.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin Maddelerinin Kapsam Geçerlilik Oranları (KGO)

Madde	KGO
Madde 1: Çocuğunuzun doktorları, çocuğunuzun problemleri hakkındaki endişelerinizle ilgili görünüyorlar mıydı?	1
Madde 2: Çocuğunuzun doktorlarıyla fikirlerinizi paylaşıırken kendinizi rahat hissediyor muydunuz?	1
Madde 3: Çocuğunuzun doktorları sizin için en önemli olan şeylere odaklandılar mı?	1
Madde 4: Çocuğunuzun doktorları size çocuğunuzun tıbbi tedavisi hakkındaki fikirlerini açıkça ifade ettiler mi?	1
Madde 5: Çocuğunuzun doktorları size sizin anlayabileceğiniz şekilde bilgi verdiler mi?	1
Madde 6: Çocuğunuzun doktorları sizi soru sormanız için cesaretlendirdiler mi?	1
Madde 7: Çocuğunuzun doktorları çocuğunuzun tıbbi tedavisi ile ilgili kararlar alırken sizi de dahil ettiler mi?	0.81
Madde 8: Çocuğunuzun doktorlarının tıbbi tedavinin bir sonrakiaşama için vermiş olduğu öneriler sizce kabul edilebilir miydi?	0.81
Madde 9: Çocuğunuzun doktorları çocuğunuzun ihtiyaçlarını ele aldı mı?	1
Kapsam Geçerlik İndeksi	0.95

Ölçeğin kapsam geçerliği Davis kullanılarak sağlanmıştır. Kapsam geçerliğinin incelenmesi amacıyla hemşirelik alanında uzman 11 kişinin görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşünün değerlendirilmesinde, Davis tekniği kullanılmıştır. Ölçek maddeleri, maddelerinin her biri için “uygun değil” (1), “uygun şekle getirilmesi gerekir” (2), “uygun ama ufak değişiklik gerekiyor” (3), “çok uygun” (4) şeklinde hazırlanmış dörtlü dereceleme göre değerlendirilmiştir. Ölçeğin kapsam geçerlik oranları (KGO) 0.81-1.00 arasında değişmektedir. KGİ değeri ise 0.95 olarak hesaplanmıştır. Bu doğrultuda, ölçeğin kapsamına uymayan madde olmadığı için ölçekten herhangi bir madde çıkarılmamıştır.

4.2.3. Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin Yapı

geçerliğine ilişkin bulgular

“Verilerin faktör analizinin uygunluğu belirlemek için AFA yapılmıştır. Verilerin faktörlenebilir olup olmadığını Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (0.911) testi ve Bartlett küresellik testi (1609,928, $p < 0,01$) kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin faktör uygun olduğuna karar verilmiştir.

Tablo 4.3. Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin BTS ve KMO Testi İndeksleri

Kaiser-Meyer-Olkin	0.911
Bartlett Küresellik	1609,928, $p < 0,001$

Tablo 4.3’de Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin AFA’lerinden, KMO Örneklem Yeterliliği Ölçütü ve Bartlett Küresellik indeksleri sonuçları verilmiştir. KMO örneklem yeterliliği ölçütü 0.911 olarak örneklem sayısı yeterli olarak bulunmuştur. Bartlett Küresellik indeksleri değeri 1609,928 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.4. Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin Faktör Yapısı ve Açıklanan Varyans Analizi

Toplam Varyans Açıklanırılığı						
Değişken	İlk Özdeğerler			Toplamları		
	Toplam	Varyans	Kümülatif	Toplam	Varyans	Kümülatif%
1	4,034	37,574	37,574	3,034	37,574	37,574
2	1,836	11,251	48,825	2,836	11,251	48,825
3	0,667	9,411	58,236			
4	0,556	8,776	67,012			
5	0,533	7,925	74,937			
6	0,449	7,283	82,22			
7	0,346	6,845	89,065			
8	0,311	5,958	95,023			
9	0,268	4,977	100,00			
Toplam Varyans						48,825

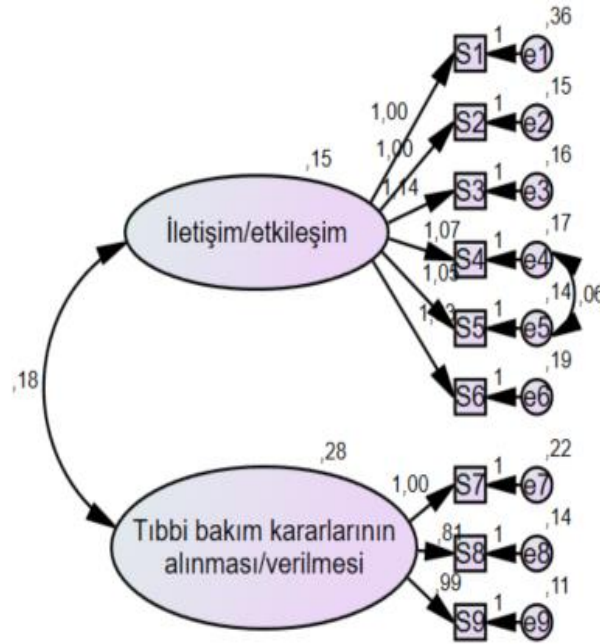
Tablo 4,4’de İletişim/etikiletim alt boyutunun varyansın %37,57’sini açıkladığını ve tıbbi bakım kararlarının alınması/verilmesi alt boyutunun varyansın %11,25’ini açıkladığını bulunmuştur. Açıklanan toplam varyans ise, %48,82’dir. Açıklanan toplam varyans aralığı literatürde %40-%60 aralığının yeterli olduğunu söylemektedir. Buna göre ölçeğin iki faktörlü ve kabul edilebilir düzeyde olduğu görülmektedir.

Ölçeğin doğrulayıcı faktör analiz sonuçları Tablo 4,5’te sunulmuştur.

Tablo 4.5. Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analiz Sonuçları (n = 360)

İndeks†	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Değer	Analiz Sonucu
χ^2/sd	<2	<5	2.295
RMSEA	<0.05	<0.08	0.060
SRMR	<0.05	<0.10	0.058
NFI	<0.95	0.90-0.95	0.965
GFI	<0.95	0.90-0.95	0.965
CFI	<0.95	0.90-0.99	0.980
AGFI	<0.95	0.85-0.95	0.938

Orijinal yapısı iki faktör ve dokuz maddeden oluşan ölçeğin yapı geçerliği DFA ile test edilmiştir. DFA modeli yeterliliği χ^2/SD , RMSEA, SRMR, NFI, AGFI, CFI ve GFI uyum indeksleri ile değerlendirilmiş ve mevcut yapıda uygun olan bir modifikasyon yapıldıktan sonra uyum indeks değerlerinin çoğu iyi uyum göstermiştir (Tablo 4.5). Bu doğrultuda, ölçeğin iki faktörlü yapısı ülkemizde geçerli olduğu kabul edilmiştir. Ölçeğin iki faktörlü yapısına ilişkin path diyagramı Şekil 4.1’de sunulmuştur.



Şekil 4.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi Path Diyagramı

4.4.Güvenirlik

Ölçeğin güvenirliği, Cronbach alfa güvenirlik katsayısı, eş değer yarılar, madde analizi ve madde ayırt edicilik indeksi analizleri kullanarak sağlanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.897, iletişim/etkileşim boyutunun Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.855 ve tıbbi bakım kararlarının alınması/verilmesi boyutunun Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.817 olarak hesaplanmıştır. Literatüre göre, Cronbach alfa değerinin 0.70 ve üzerinde olmasının ölçeğin güvenilir olduğunu gösterdiğini, 0.80 ve üzerinde olmasının ise çok yüksek düzeyde güvenilir olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Bu doğrultuda, ölçeğin iç tutarlılık açısından güvenirliğin çok yüksek düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır. Ölçeğin güvenirliğinin değerlendirilmesinde eş yarılar yöntemi de kullanılmıştır. Eş değer yarılar yöntemi, ölçme aracının iki eş yarıya bölünmesi ve oluşan iki yarı ölçek arasındaki eşdeğerliğin incelenmesi sağlayan bir analiz yöntemidir. Analiz sonucunda, eş yarıların ölçüm sonuçları arasında anlamlı ve yüksek bir korelasyon ilişkisinin olması ölçeğin iç tutarlılık güvenirliğinin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda, yapılan çalışmada ölçek maddeleri tek ve çift olarak iki eş yarıya bölünmüştür ve iki yarı ölçek arasındaki eşdeğerlik analiz edilmiştir. Sonuç olarak, eş değer yarıların korelasyon katsayıları Spearman-Brown Korelasyon Katsayısı (0,92) ile Guttman Eş Değer Yarılar Katsayısı (0,91) bulunmuştur. Spearman-Brown Korelasyon Katsayısının >0,70, Guttman Eş Değer Yarılar Korelasyon Katsayısının >0,70 olması eş yarılar arasındaki güvenirliğin yüksek olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla yapılan çalışmada ölçeğin güvenirliği kabul edilebilir düzeyde olduğu bulunmuştur.

Ölçek Madde Ortalama, Standart Sapmaları, Madde Bütün Korelasyon Katsayısı ve Madde Silindiğinde Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı sonuçları Tablo 4.6'da sunulmuştur.

Tablo 4.6. Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin Madde Ortalama, Standart Sapmaları, Madde Bütün Korelasyon Katsayısı ve Madde Silindiğinde Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı (n = 360)

	$\bar{x} \pm SS$	Madde bütün korelasyon katsayısı	Madde silindiğinde Cronbach alfa güvenirlik katsayısı
Madde 1: Çocuğunuzun doktorları, çocuğunuzun problemleri hakkındaki endişelerinizle ilgili görünüyorlar mıydı?	1.29±0.71	0.498	0.900
Madde 2: Çocuğunuzun doktorlarıyla fikirlerinizi paylaşırken kendinizi rahat hissediyor muydunuz?	1.65±0.55	0.652	0.886
Madde 3: Çocuğunuzun doktorları sizin için en önemli olan şeylere odaklandılar mı?	1.46±0.60	0.687	0.883
Madde 4: Çocuğunuzun doktorları size çocuğunuzun tıbbi tedavisi hakkındaki fikirlerini açıkça ifade ettiler mi?	1.58±0.59	0.696	0.883
Madde 5: Çocuğunuzun doktorları size sizin anlayabileceğiniz şekilde bilgi verdiler mi?	1.63±0.55	0.712	0.882
Madde 6: Çocuğunuzun doktorları sizi soru sormanız için cesaretlendirdiler mi?	1.39±0.68	0.712	0.881
Madde 7: Çocuğunuzun doktorları çocuğunuzun tıbbi tedavisi ile ilgili kararlar alırken sizi de dahil ettiler mi?	1.43±0.70	0.665	0.885
Madde 8: Çocuğunuzun doktorlarının tıbbi tedavinin bir sonraki aşama için vermiş olduğu öneriler sizce kabul edilebilir miydi?	1.54±0.56	0.655	0.886
Madde 9: Çocuğunuzun doktorları çocuğunuzun ihtiyaçlarını ele aldı mı?	1.52±0.62	0.720	0.881
İletişim/etkileşim boyutu	9.00±2.83		
Tıbbi bakım kararlarının alınması/verilmesi boyutu	4.48±4.48		
Total	13.48±4.16		

$\bar{x}$: Ortalama; SS: Standart sapma

Ölçeğin madde bütün korelasyon katsayıları incelendiğinde madde bütün korelasyon katsayılarının pozitif ve +0.25'ten büyük olması beklenmektedir. Yapılan çalışmada madde bütün korelasyon katsayılarının +0.49 ile +0.72 aralığında değişmektedir. (Tablo 4.6). Ayrıca ölçeğin maddelerine bakıldığında, maddelerin çıkarılması durumunda Cronbach Alfa güvenirlik katsayısında önemli düzeyde artış olmadığı bulunmuştur.

Ölçeğin madde ayırt ediciliği bulguları Tablo 4.7'de sunulmuştur.

Tablo 4.7. Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin Madde Ayırt Ediciliği Bulguları

	İstatistiksel Analiz (t)	P< 0,05
Madde 1: Çocuğunuzun doktorları, çocuğunuzun problemleri hakkındaki endişelerinizle ilgili görüşüyorlar mıydı?	22.045	0.001
Madde 2: Çocuğunuzun doktorlarıyla fikirlerinizi paylaşırken kendinizi rahat hissediyor muydunuz?	15.245	0.001
Madde 3: Çocuğunuzun doktorları sizin için en önemli olan şeylere odaklandılar mı?	23.735	0.001
Madde 4: Çocuğunuzun doktorları size çocuğunuzun tıbbi tedavisi hakkındaki fikirlerini açıkça ifade ettiler mi?	16.507	0.001
Madde 5: Çocuğunuzun doktorları size sizin anlayabileceğiniz şekilde bilgi verdiler mi?	24.654	0.001
Madde 6: Çocuğunuzun doktorları sizi soru sormanız için cesaretlendirdiler mi?	20.646	0.001
Madde 7: Çocuğunuzun doktorları çocuğunuzun tıbbi tedavisi ile ilgili kararlar alırken sizi de dahil ettiler mi?	19.698	0.001
Madde 8: Çocuğunuzun doktorlarının tıbbi tedavinin bir sonraki aşama için vermiş olduğu öneriler sizce kabul edilebilir miydi?	22.428	0.001
Madde 9: Çocuğunuzun doktorları çocuğunuzun ihtiyaçlarını ele aldı mı?	24.654	0.001

Ölçek üzerindeki her bir madde için ayırt edicilik düzeyini belirlemek amacıyla, alt ve üst %27'lik dilimlerinde yer alan katılımcıların maddelere verdikleri puanlar karşılaştırılmıştır. Bu iki grup arasındaki puan farklılıklarını değerlendirmek için bağımsız iki örneklem t-testi yapılmış ve p değerinin 0.05'ten düşük çıkması bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. Ölçeğin bütün maddelerinde alt ve üst %27'lik dilimleri arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Bu durum ölçeğin madde ayırt ediciliğinin yeterli olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ve aile merkezli bakımı değerlendirme ölçeği puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.8.'de sunulmuştur.

Tablo 4.8. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ve Aile Merkezli Bakımı Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

		İletişim/etkileşim boyutu		Tıbbi bakım kararlarının alınması/verilmesi boyutu		Toplam Puan	
	n	$\bar{x} \pm SS$	t/F (p)	$\bar{x} \pm SS$	t/F (p)	$\bar{x} \pm SS$	t/F (p)
Çocuğa refakat eden kişinin yakınlık derecesi							
Anne	203	8.99±2.82	0.673	4.56±1.61	0.128	13.54±4.11	0.053
Baba	135	9.03±2.92	(0.569)	4.44±1.68	(0.943)	13.47±4.37	(0.984)
Kardeş	9	8.78±2.95		3.89±1.45		12.67±4.18	
Hala/Dayı/Amca/Teyze	13	9.23±2.35		4.23±1.64		13.46±3.20	
Çocuğun cinsiyete							
Erkek	151	9.10±2.86	0.532	4.46±1.59	0.314	13.56±4.12	0.262
Kız	209	8.94±2.82	(0.595)	4.50±1.66	(0.793)	13.44±4.21	(0.795)
Çocuğun annesinin eğitim durumu							
Okur-yazar ^a	4	9.25±3.40	2.349	5.75±0.50	3.22	15.00±3.56	3.073
İlkokul ^b	36	9.53±2.57	(0.054)	4.50±1.58	(0.005)	14.03±3.72	(0.016)
Ortaokul ^c	48	9.85±2.25		5.10±1.26	Fark:	14.96±3.23	Fark:
Lise ^d	125	9.05±2.95		4.56±1.66	c-e	13.61±4.30	c-e
Üniversite ve üstü ^e	147	8.56±2.90		4.18±1.68		12.73±4.31	
Çocuğun babasının eğitim durumu							
Okur-yazar	3	9.00±1.00	1.250	5.00±0.00	1.25	14.00±1.00	1.318
İlkokul	31	9.10±2.68	(0.289)	4.94±1.44	(0.280)	14.03±3.53	(0.263)
Ortaokul	26	9.96±2.62		4.81±1.41		14.77±3.48	
Lise	123	9.19±2.84		4.49±1.56		13.67±4.18	
Üniversite ve üstü	177	8.72±2.89		4.34±1.74		13.07±4.36	
Çocuğun annesinin çalışma durumu							
Çalışıyor	291	8.81±2.83	-2.957	4.36±1.65	-2.964	13.18±4.16	-2.726
Çalışmıyor	69	9.81±2.71	(0.000)	5.00±1.45	(0.000)	14.81±3.95	(0.656)
Çocuğun babasının çalışma durumu							
Çalışıyor	358	9.01±2.83	0.02	4.48±1.63	-0.014	13.49±4.17	-0.002
Çalışmıyor	2	9.00±4.24	(0.998)	4.50±2.12	(0.993)	13.50±6.36	(0.997)
Çocuğun annesinin mesleği							
Memur ^a	119	8.59±2.96	2.163	4.15±1.70	3.780	12.74±4.41	2.964
Ev hanımı ^b	211	9.17±2.76	(0.116)	4.66±1.59	(0.024)	13.82±4.04	(0.053)
İşçi ^c	30	9.53±2.74		4.57±1.52	Fark:	14.10±3.77	Fark:
					a-b		
Çocuğun babasının mesleği							
Memur ^a	162	8.81±2.79	2.673	4.25±1.72	3.008	13.07±4.26	2.910
İşçi ^b	106	9.00±2.89	(0.034)	4.67±1.50	(0.018)	13.67±4.13	(0.022)
Esnaf ^c	59	8.69±3.00	Fark:a-	4.42±1.71	Fark:	13.12±4.21	Fark:a-
Serbest meslek ^d	33	10.42±2.16	d	5.06±1.21	a-d	15.48±3.12	d
Aile tipi							
Çekirdek aile	295	9.01±2.72	0.260	9.01±2.72	0.160	13.52±3.99	0.163
Geniş aile	45	8.84±3.23	(0.771)	8.84±3.23	(0.852)	13.18±4.80	(0.835)
Parçalanmış aile	20	9.30±3.63		9.30±3.63		13.70±5.32	
Gelir durumu							
Gelir giderden fazla	47	9.43±2.59	1.182	4.72±1.57	1.310	14.15±3.73	1.113
Gelir giderden az	218	9.05±2.70	(0.308)	4.51±1.57	(0.271)	13.56±3.99	(0.329)
Gelir giderden eşit	95	8.69±3.22		4.29±1.80		12.99±4.71	
Acil servise başvurma nedeni							
Yüksek ateş	125	9.03±2.96	1.117	4.46±1.67	0.926	13.50±4.28	1.062
Grip	115	8.63±2.80	(0.332)	4.43±1.57	(0.449)	13.06±4.07	(0.374)
Karın ağrısı	17	9.00±2.87		4.53±1.81		13.53±4.49	
Mide bulantısı, kusma	27	8.96±2.94		4.07±1.73		13.04±4.22	
Diğer	76	9.03±2.96		4.74±1.59		14.28±4.03	

Araştırmaya katılan bireylerin aile merkezli bakımı değerlendirme ölçeği toplam puanı ile çocuğun annesinin eğitim durumu, çocuğun annesinin çalışma ve çocuğun babasının mesleği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışan annelerin aile merkezli bakımı değerlendirme ölçeği toplam puanı çalışmayanlara göre daha yüksektir. Çocuğun annesinin eğitim durumundaki anlamlı fark ortaokul mezunu ile üniversite ve üstü mezunu annelerden kaynaklanmaktadır. Üniversite ve üstü mezunu annelerin aile merkezli bakımı değerlendirme ölçeği toplam puanı ortaokul mezunu annelere göre daha düşüktür. Çocuğun babasının çalışma durumundaki anlamlı fark memur ile serbest mesleğe sahip babalardan kaynaklanmaktadır. Memur babaların aile merkezli bakımı değerlendirme ölçeği toplam puanı serbest mesleğe sahip babalara göre daha düşüktür.

Katılımcıların iletişim/etkileşim alt boyutu puanı ile çocuğun annesinin çalışma durumu ve çocuğun babasının mesleği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışan annelerin iletişim/etkileşim alt boyutu puanı çalışmayanlara göre daha yüksektir. Çocuğun babasının mesleğindeki anlamlı fark memur ile serbest mesleğe sahip babalardan kaynaklanmaktadır. Memur babaların iletişim/etkileşim alt boyutu puanı serbest mesleğe sahip babalara göre daha düşüktür. Katılımcıların tıbbi bakım kararlarının alınması/verilmesi alt boyutu puanı ile çocuğun annesinin eğitim durumu, çocuğun annesinin çalışma durumu, çocuğun annesinin mesleği ve çocuğun babasının mesleği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışan annelerin tıbbi bakım kararlarının alınması/verilmesi alt boyutu puanı çalışmayanlara göre daha yüksektir. Çocuğun annesinin eğitim durumundaki anlamlı fark ortaokul mezunu ile üniversite ve üstü mezunu annelerden kaynaklanmaktadır. Üniversite ve üstü mezunu annelerden annelerin tıbbi bakım kararlarının alınması/verilmesi alt boyutu puanı ortaokul mezunu annelere göre daha düşüktür. Çocuğun annesinin mesleğindeki anlamlı fark memur ile ev hanımı annelerden kaynaklanmaktadır. Ev hanımı annelerin tıbbi bakım kararlarının alınması/verilmesi alt boyutu puanı memur annelere göre daha yüksektir. Çocuğun babasının mesleğindeki anlamlı fark memur ile serbest mesleğe sahip babalardan kaynaklanmaktadır. Memur babaların tıbbi bakım kararlarının alınması/verilmesi alt boyutu puanı serbest mesleğe sahip babalara göre daha düşüktür.

5.TARTIŞMA

Hasta sirkülasyonunun çok ve yüksek olduğu birimlerden biri olan acil servislerde sağlık personelleri az zamanda doğru ve hızlı bir şekilde klinik karar almalıdır (Kim ve ark., 2019). Karmaşık acil servis ortamında sağlık personelleri hasta ve hasta yakınları ile iletişimlerine ve ekip içi iş birliğine de daha fazla önem vermeleri gerekmektedir (Al-Kalaldehy ve ark., 2022). Hekimler, hemşireler ve diğer sağlık personelleri ile hastalar arasındaki iletişim klinik kararın doğru alınması açısından önemlidir (Moon ve ark., 2021; Park ve ark., 2022; Shin&Yoo, 2023). Ancak acil servisin ortamı değerlendirildiğinde fiziksel taleplerin fazlalığı ve yaşanan duygusal stres nedeniyle hemşireler, hekimler ve hastalar arasında etkili iletişim sınırlanmaktadır (Al-Kalaldehy ve ark., 2022). İletişimde yaşanan bu sınırlamalar sebebiyle de aile ve çocukların kaygı düzeyleri artabilmektedir. Sağlık Sönmez ve Çağlar (2018) yaptıkları çalışmada ebeveynlerin kaygı düzeylerinin, çocukların invaziv işlem öncesi ve sonrasında ağrı düzeyini anlamlı şekilde etkilediği bildirmiştir. Bu sebeple aile merkezli bakım kapsamında aileler; soru sormaya, alınan kararlara katılım göstermeye ve çocuklarının bakımında yer almaya cesaretlendirilmelidirler (Kaya ve İşler Dalgıç, 2019). Ding ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da aile merkezli bakımın ebeveyn memnuniyet düzeyini artırarak stres ve anksiyete düzeyini ise azalttığı dikkat çekmektedir. Bu sebeple hasta ve hasta yakınlarının acil servislerde yaşadıkları sorunlar göz önünde bulundurularak, sağlık personellerinin aileler ile etkili bir şekilde iletişim kurabileceği standart bir yaklaşımın oluşturulması önemlidir. Ayrıca hasta ve aileleri ile sağlık personellerinin iletişim deneyimlerinin değerlendirildiği çalışmalara da gereksinim duyulduğu bildirilmektedir (Shin&Yoo, 2022; Mawaddah&Handrianto, 2023). Klinisyenler arasında acil servislerde aile merkezli bakımı değerlendirmek için doğrulanmış geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş bir ölçeğe ihtiyaç vardır (Rosenthal ve ark., 2023).

Bu bölümde; Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliği geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin bulguların tartışılması yer almaktadır.

5.1.Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin Bulgularının Tartışılması

Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin geçerliliği aşamasında; ölçeğin dil, kapsam ve yapı geçerliliği test edilmiştir.

6 Dil uzmanı ile dil geçerliliği çalışması yapılmıştır ve Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin dil geçerliliği sağlanmıştır. Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin tüm maddelerinin KGI değeri ise 0.95 olarak hesaplanmıştır. Dil ve kapsam geçerliği sağlanan ölçeğin, uygulamaya hazır olduğundan emin olabilmek için, araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan ve örnekleme dâhil edilen 18 birincil bakım veren birey ile ön uygulama yapılmıştır. Verilerin faktör analizine uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (0.911) testi ve Bartlett küresellik testi (1609,928, $p < 0,01$) kullanılarak değerlendirilmiştir. DFA modeli yeterliliği χ^2/SD (2.295), RMSEA (0.060), SRMR (0.058), NFI (0.965), AGFI (0.965), CFI (0.980) ve GFI (0.938) uyum indeksleri değerlerine göre ölçeğimizin geçerli olduğu görülmektedir. Verilerin faktör uygun olduğuna karar verilmiştir. Bu çalışmada güvenilirlik ölçütü değerlendirmesi için iç tutarlılık güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır ve bağımsız gözlemciler arası ve içindeki uyum testleri yapılmıştır. Güvenirlik ölçütlerinden Değişmezlik (Test-Tekrar Test Güvenirliği) yapılmamıştır çünkü acil servise gelme nedeni ani, anlık geliştiğinden ve deneyim her başvuru sonucunda farklı olduğundan dolayı bu çalışmada doğru sonuç verecek bir güvenilirlik ölçütü değildir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.897, iletişim/etkileşim boyutunun Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.855 ve tıbbi bakım kararlarının alınması/verilmesi boyutunun Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.817 olarak hesaplanmıştır. Orijinal ölçeğin güvenilirliği ise %95'dir (0,67- 0,81). Eş değer yarıların korelasyon katsayıları Spearman-Brown Korelasyon Katsayısı (0,92) ile Guttman Eş Değer Yarılar Katsayısı (0,91) bulunmuştur. Spearman-Brown Korelasyon Katsayısının $>0,70$, Guttman Eş Değer Yarılar Korelasyon Katsayısının $>0,70$ olması eş yarılar arasındaki güvenirlğin yüksek olduğunu göstermektedir.

Yaptığımız çalışmada çocukların çocuk acil servisine başvuru nedenleri değerlendirilmiştir. 360 çocuk üzerinde yürütülen çalışmamızın sonucunda, çocukların %34,7'sinin yüksek ateş, %31,9'unun grip, %7,5'inin mide bulantısı ve kusma,

%4,7'sinin karın ağrısı ve %21,1'inin diğer nedenlerle (travma, öksürük, kulak ağrısı, halsizlik, zehirlenme) acil servise başvuru yaptığı bulunmuştur. Bazaraa ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında acil servise en sık başvuru sebepleri sırasıyla solunum sıkıntısı, hışıltı, konvülzyon, solukluk ve ateş olduğu bildirilmiştir. Karakaş ve arkadaşları (2020) çalışmaları sonucunda acile en sık başvuru sebeplerini enfeksiyona ait nedenler (%44.24) ağrı (%17.8) ve gastrointestinal nedenler (%14.5) olarak bildirmiştir. Çalışmamızda acil servise başvuru nedenler arasında yüksek ateş (%34,7) iken Bazaraa ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında yüksek ateş %8 oranı ile 5. sırada yer almaktadır. Çalışmamıza benzer olarak Ljaz ve arkadaşları (2018) ile Karakaş ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada ÇAS'a en sık başvuru sebebi ateş olarak bildirilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuç

Rosenthal, Albano, Tancredi ve Perez tarafından 2023 yılında geliştirilen, Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğini Türkçeye uyarlanarak, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış olup, bu çalışma sonuçlarına göre Türk kültürü için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu sonucuna varılmıştır.

6.2.Öneriler

- Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin, tüm sağlık personeli tarafından kullanılması,
- Çocuk Acillerde yürütülecek araştırmalarda Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Aarthun, A., Øymar, KA. & Akerjordet, K. (2019). Parental involvement in decision-making about their child's health care at the hospital. *Nursing Open*, 6(1):50-8.
- Adaş, G., Sarvan, F. & Küpelioğlu, R. (1998). Hastanelerde acil ve kaza servislerinin planlanması ve fiziksel organizasyonu. *Ulusal Travma Dergisi*, 1(4), 1-6.
- Afilalo, J., Marinovich, A., Afilalo, M., Colacone, A., Leger, R., Unger, B. & Giguere, C. (2004). Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Academic emergency medicine*, 11(12), 1302-1310.
- Afilalo, M., Guttman, A., Colacone, A., Dankoff, J., Tselios, C., Beaudet, M., & Lloyd, J. (1995). Emergency department use and misuse. *The Journal of Emergency Medicine*, 13(2), 259-264.
- Aktaş, E., Teksöz, E. & Ocakçı, A. F. (2012). Ailede kadının değişen rolünün çocuk sağlığına etkisi ve aile merkezli bakımın önemi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28, 73-80.
- Akyolcu, N. (2007). Düünden bugüne acil hemşireliği. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 15(60), 173-178.
- Al-Kalaldeh, M., Amro, N., Qtait, M. & Alwawi, A. (2022). Barriers to effective nurse-patient communication in the emergency department. *Emergency Nurse*, 30(5).
- Alpar, R. (2018). *Spor Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik Güvenirlik* (5. Baskı). Ankara, Türkiye: Detay Yayıncılık.
- Alptekin, D. (2015). *Pansuman İşlemi Sırasında Ebeveynin Çocuğun Yanında Bulunma Durumunun Ağrı Şiddetine Etkisi*. Yüksek lisans tezi, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S. & Yıldırım, E. (2019). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri: SPSS uygulamalı* (s. 146-295). Sakarya Yayıncılık.

- American Academy of Pediatrics (AAP), Committee on HospitalCare. (2003). Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 112, 691–697.
- Anıl, M., Anıl, B. A., Köse, E., Akbay, S., Helvacı, M. & Aksu, N. (2014). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisi' ne Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi. *J Pediatr Emerg Intens Care Med*, 2, 65-71.
- Arafat, S. M. Y., Chowdhury, H. Z. R., Qusar, M. M. A. S. & Hafez, M. A. (2016). Cross-cultural adaptation and psychometric validation of research instruments: A methodological review. *Journal of Behavioral Health*, 5(3), 129–136.
- Arango, P. (2011). Family-centered care. *Academic Pediatrics*, 11(2), 97-99.
- Aşılıoğlu, N. Akkuş, T., & Baysal, K.Ç. (2009). Çocuk Acil Servisinde Ebeveyn Memnuniyeti ve Etkileyen Etmenlerin Araştırılması. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 9, 65-72.
- Aykanat, B. & Gözen, D. (2014). Çocuk Sağlığı Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım Yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 683-695.
- Ayvaz, A., Güngör, N. & Topbaş, M. (2007). Trabzon Sürmene Devlet Hastanesi Acil Polikliniğine Başvuran Çocuk Hastaların Özellikleri. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 29, 156-162.
- Bandalos, D. L. & Finney, S. J. (2018). Factor analysis: Exploratory and confirmatory. In S. H. Osipow & L. N. Bowman (Eds.), *There viewer's guide to quantitative methods in the social sciences* (ss. 98-122). Routledge.
- Bayat, M., & Uslu, N. (2016). Triyaj: derleme. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs Special Topics*, 2(3).
- Bazaraa, H. M., El Houchi, S. & Rady, H. I. (2012). Profile of patients visiting the Pediatric Emergency Service in an Egyptian University Hospital. *Pediatric Emergency Care*, 28, 148-152.

- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2007). Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & Quick DASH Outcome Measures. *Institute for Work & Health*, 1–45.
- Beştemir, A. & Aydın, H. (2022). 300 million patient examinations per year; Evaluation of emergency and polyclinic services of 2nd and 3rd stage public health facilities in Turkey. *Sakarya Medical Journal*, 12(3), 496-502. doi: 10.31832/smj.1128439.
- Bezzina, A. J., Smith, P. B., Cromwell, D. & Eagar, K. (2005). Primary care patients in the emergency department: Who are they? A review of the definition of the “primary care patient” in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 17, 472-479.
- Boran, P., Tokuç, G., Büyükkalfa, D.Ç., Taşkın, B. & Pişgin, B. (2008). Çocuk Acil Servisine Başvuran Vakaların Değerlendirilmesi. *Çocuk Dergisi*, 8, 114-116.
- Borsa, J. C., Damásio, B. F. & Bandeira, D. R. (2012). Cross-cultural adaptation and validation of psychological instruments: Some considerations. *Paidéia*, 22(53), 423–432.
- Boztepe, H. & Çavuşoğlu, H. (2009). Bir üniversite hastanesindeki uygulamaların aile merkezli bakım yönünden incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(1), 11-24.
- Boztepe, H. & Kerimoğlu Yıldız, G. (2017). Nurse perceptions of barriers to implementing family-centered care in a pediatric setting: A qualitative study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 22(2), e12175.
- Breen, B. M. & McCann, M. (2012). Healthcare providers' attitudes and perceptions of ‘inappropriate attendance’ in the Emergency Department. *International Emergency Nursing*, 21, 180-185.
- Budak, M. A. & Geçkil, E. (2020). Kronik hastalığı olan çocukların annelerinin bakım verme yükü ile anksiyete-depresyon düzeyinin belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3), 391-399.

- Bulut, H. (2006). Acil servislerde hasta ve yakınlarını bilgilendirmenin memnuniyet üzerine etkisi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 12(4), 288-298.
- Büyüköztürk, Ş. (2005). *Veri Analizi El Kitabı*. 5. Baskı. Ankara: Pegem Yayınları.
- Cockcroft, S. (2012). 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*, 18, 105-110.
- Coleman, P. Irons, R., & Nicholl, J. (2001). Will alternative immediate care services reduced emergency and non-emergency treatment at accident and emergency? *Emergency Medicine Journal*, 18, 482-487.
- Conk, Z. Başbakkal, Z., & Yardımcı, F. (2018). Çocuk Sağlığına Genel Bakış. Eds: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B. *Pediatric Hemşireliği* (ss. 41-45). Akademisyen Kitabevi.
- Coster, W. J. & Mancini, M. C. (2015). Recommendations for translation and cross-cultural adaptation of instruments for occupational therapy research and practice. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 26(1), 50-57.
- Çamur, Z. (2017). *Hastanede yatan çocuğun bakımına ebeveyn katılımının ebeveyn memnuniyetine, ebeveyn ve çocuk anksiyetesi üzerine etkisi*. Yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Çapık, C., Gözüm, S. & Aksayan, S. (2018). Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 26(3), 199-210.
- Çelik, M. Y. (2018). Çocuk Hastalarda Aile Merkezli Bakım ve Hemşirelik. *Sağlık ve Toplum*, 28(1), 26-31.
- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5(4), 194-197.
- Deniz, Z. (2007). Psikometrik Ölçüm Aracı Uyarlama. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 40(1), 1-16.

- DeRosa, A. P., Nelson, B. B., Delgado, D., Mages, K. C., Martin, L. & Stribling, J. C. (2019). Involvement of information professionals in patient- and family-centered care initiatives: A scoping review. *Journal of the Medical Library Association*, 107(3), 314.
- Dinç, L. (2010). Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 17(2), 74-82.
- Doğan, B. (2010). *Hastanede yatan çocuğun bakımına ebeveynlerin katılımı konusunda hemşirelerin, doktorların ve ebeveynlerin görüşleri ve beklentileri* (Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Doğan, N. & Başokçu, T. O. (2010). İstatistik tutum ölçeği için uygulanan faktör analizi ve aşamalı kümeleme analizi sonuçlarının karşılaştırılması. *Journal of Measurement and Evaluation in Education and Psychology*, 1(2), 65-71.
- Dorer, B. (2012). ESS round 6 translation guidelines. *Mannheim: European Social Survey, GESIS*, 1.
- Dudley, N., Ackerman, A., Brown, K. M., Snow, S. K. & Wright, J. L. (2015). Patient- and family-centered care of children in the emergency department. *Pediatrics*, 135(1), e255-e272.
- Dur, Ş., Gözen, D. & Bilgin, M. (2016). Devlet ve Özel Hastanede Hemşirelerin Aile Merkezli Bakıma İlişkin Tutum ve Davranışları. *Journal of Current Pediatrics*, 14(1).
- Emergency Nurses Association (ENA). (2017). *Triage qualifications and competency*. USA. Retrieved from https://ena.org/docs/defaultsource/resourcelibrary/practice-resources/position-statements/triagequalificationscompetency.pdf?sfvrsn=a0bbc268_8
- Emil, S. (2012). Contrasts Between Traditional Care and Patient and Family-Centered Care. In G. A. Coran, S. N. Adzick, J. M. Laberge, R. C. Shamberger, & A. A. Caldamone (Eds.), *Pediatric Surgery* (7th ed., ss. 247-258). Chicago: Elsevier Saunders.

- Ercan, İ. & Kan, İ. (2004). Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 211-216.
- Erdim, L., Bozkurt, G. & İnal, S. (2006). Annelerin çocuklarının hastaneye yatışından etkilenme durumlarının araştırılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, (9), 36-43.
- Erdoğan, S., Nahcivan, N. & Esin, M. N. (Eds.). (2020). *Hemşirelikte araştırma: Süreç, uygulama ve kritik*. (4. Baskı). Nobel Tıp Kitabevi: İstanbul.
- Ergezen, Y. & Efe, E. (2019). Çocuk acil biriminde ebeveyn memnuniyeti ve etkileyen faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), 302-307.
- Erkuş, A. (2007). Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında karşılaşılan sorunlar. *Türk Psikoloji Bülteni*, 13(40), 17-25.
- Erkut, S. (2010). Developing multiple language versions of instruments for inter cultural research. *Child Development Perspectives*, 4(1), 19-24. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1750-8606.2009.00111.x>.
- Ersel, M., Karcıoğlu, Ö., Yanturalı, S., Yürüktümen, A., Sever, M. & Tunç, M. A. (2006). Bir acil servisin kullanım özellikleri ve kazaların aciliyetinin hekim ve hasta açısından değerlendirilmesi. *Türk Acil Tıp Dergisi*, 6(1), 025-035.
- Esin, M. N. (2014). Veri toplama yöntem ve araçları & veri toplama araçlarının güvenilirlik ve geçerliği. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN. (Eds.). *Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik*, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 217, 230.
- Feeg, V. D., Paraszczuk, A. M., Çavuşoğlu, H., Shields, L., Pars, H. & Al Mamun, A. (2016). How is Family Centered Care Perceived By Healthcare Providers From Different Countries? An International Comparison Study. *Journal Of Pediatric Nursing*, 31(3), 267-276.
- Frazier, A., Frazier, H. & Warren, N. A. (2010). A discussion of family-centered care within the pediatric intensive care unit. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(1), 82-86.

- Gooding, J. S., Cooper, L. G., Blaine, A. I., Franck, L. S., Howse, J. L. & Berns, S. D. (2011). Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: Origins, advances, impact. *Seminars in Perinatology*, 35(1), 20-28.
- Grove, D. D., Lazebnik, R. & Petrack, E. M. (2000). Urban emergency department utilization by adolescents. *Clinical Pediatrics*, 39, 479-483.
- Günay, U. & Polat, S. (2017). Pediatrik Onkoloji Kliniğinde Verilen Aile Merkezli Bakım Eğitiminin Değerlendirilmesi: Hekim ve Hemşire Görüşleri. *Bozok Tıp Dergisi*, 7(1), 12-21.
- Günay, U., & Polat, S. (2017). Pediatrik onkoloji kliniğinde verilen aile merkezli bakım eğitiminin değerlendirilmesi: hekim ve hemşire görüşleri. *Bozok Tıp Dergisi*, 7(1), 12-21.
- Güngör, A. & Karagöl, C. (2020). Üçüncü basamak çocuk hastanesine başvuran ebeveynlerin memnuniyet, bağlılık ve güven düzeylerinin değerlendirilmesi. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 12(1), 40-44.
- Gürlek, Ö. (2005). Hasta yakınlarının acil servislerdeki sorunları ve hemşirelerden beklentileri. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, Yüksek Lisans Tezi, 6-17.
- Hannon, T.S., Yazel Smith, L.G., Hatton, A.S., Stanton, J.L., Moser, E.A., Li, X. & Carroll, A.E. (2018). Advancing diabetes management in adolescents: Comparative effectiveness of mobile self-monitoring blood glucose technology and family-centered goal setting. *Pediatric Diabetes*, 19(4), 776-781.
- Harrison, T.M. (2010). Family Centered Pediatric Nursing Care: State Of The Science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25(5): 335-343.
- Hayran, M. & Hayran, M. (2011). Sağlık araştırmaları için temel istatistik. Ankara, Türkiye: Omega Araştırma.

- Hill, C., Knafl, K. A. & Santacroce, S. J. (2018). Family-centered care from the perspective of parents of children cared for in a pediatric intensive care unit: An integrative review. *Journal of Pediatric Nursing*, 41, 22-33.
- Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (eds.). (2009). *Sanders J. Impact Of Hospitalization On The Child and Family: Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. Mosby Inc, Philadelphia.
- Hoot, N. R. & Aronsky, D. (2008). Systematic review of emergency department crowding: Causes, effects, and solutions. *Annals of Emergency Medicine*, 52(2), 126-136.
- Ijaz, N., Strehlow, M., Wang, N. E., Pirrotta, E., Tariq, A., Mahmood, N. & Mahadevan, S. (2018). Epidemiology of patients presenting to a pediatric emergency department in Karachi, Pakistan. *BMC Emergency Medicine*, 18, 22.
- International Test Commission (ITN). (2018). Guidelines for translating and adapting tests. *International Journal of Testing*, 18(2), 101-134. <http://dx.doi.org/10.1080/15305058.2017.1398166>.
- İşler, A. & Conk, Z. (2006). Pediatric aile merkezli bakım. *Ege Pediatri Bülteni*, 13, 187-193.
- James, S. C. (1999). *Introduction To Management: Definitions, Utilization, And Workforce Issues. Principles And Practice Of Emergency Medicine* (4th ed.). Lippincott, Williams & Wilkins, 1846-1852.
- Jesus, L. M. & Valente, A. R. (2016). Cross-cultural adaptation of health assessment instruments. *University of Aveiro, Portugal*, 8, 1-5.
- Jolley, J. & Shields, L. (2009). The evolution of family-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 24, 164-170.
- Kain, Z. N., Caldwell-Andrews, A., Mayes, L., Weinberg, M., Wang, S. M., Maclaren, J. E. & Blound, R. (2007). Family-Centered Preparation for Surgery Improves Perioperative Outcomes in Children. *Anesthesiology*, 103, 65-74.

- Karaçam, Z. & Kitiş, Y. (2008). Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği: Türkçe'de Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(2), 187-196.
- Karadağ, Ş. (2007). *Acil üniteye yönelik hasta memnuniyeti*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 33-38.
- Karakaş, N. M., Özdemir, B., Kılıç, S. & Akbulut, Ö. (2020). Ebeveynleri çocuk acile getiren nedenler: 4 yıllık izlem. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 42(1), 67-74.
- Karakoç, A. & Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13(40), 39-49.
- Kaya, A. & İşler Dalgıç, A. (2019). Pediatri Aile Merkezli Bakıma İlişkin Kanıt Temelli Uygulamalar. E. Geçkil (Ed.), *Pediatric Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım* (s. 49-54). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Kaynak, S., Yılmaz, H. B., Başbakkal, Z. & Yardımcı, F. (2020). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde gelişimsel bakım. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(3), 82-87.
- Kim, H. J., Lee, Y. J. & Yu, M. S. (2019). The relationship between experience of verbal abuse, compassion fatigue, and work engagement in emergency nurses. *Journal of Korean Academy of Society of Home Care Nursing*, 26, 300-308.
- Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., & Neff, J. M. (2012). Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal and Child Health Journal*, 16(2), 297-305.
- Kuzlu, T. A., Kalıncı, N. & Topan, A. K. (2011). Üniversite hastanesinde çocuklara verilen bakımın aile merkezli bakım yönünden incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 6(16): 1-7.
- Lindly, O. J., Geldhof, G. J., Acock, A. C., Sakuma, K. K., Zuckerman, K. E. & Thorburn, S. (2017). Family-centered care measurement and associations with mental health care need among US children. *Academic Pediatrics*, 17, 656-664.

- Mark, K. (2021). Family presence during pediatric resuscitation and invasive procedures: The parental experience: An integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(1), 20-36.
- Mawaddah, N. & Handrianto, W. (2023). Therapeutic communication with patients in the emergency room hospital. *Jurnal Kegawatdaruratan Medis Indonesia*, 2(1), 1-12.
- Melnyk, B.M., Feinstein, N.F., Alpert-Gillis, L., Fairbanks, E., Crean, H.F., Sinkin, R.A., Stone, P.W., Small, L., Tu, X. & Gross, S.C. (2006). Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the creating opportunities for parent empowerment (COPE) Neonatal intensive care unit program: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 118(5):1414-1427.
- Mirlashari, J., Brown, H., Fomani, F. K., de Salaberry, J., Zadeh, T. K. & Khoshkhou, F. (2020). The challenges of implementing family-centered care in NICU from the perspectives of physicians and nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 50, 91-98.
- Moon, S. H., Jeon, M. K. & Ju, D. (2021). Facilitators and barriers of the triage process based on emergency nurses' experience with the Korean Triage and Acuity Scale: A qualitative content analysis. *Asian Nursing Research*, 15, 255-264.
- Nawar, E. W., Niska, R. W. & Xu, J. (2007). National Hospital Ambulatory Medical Care Survey emergency department summary. *Advances in Data*, 358, 1-32.
- Oktay, H. (2009). Bir üniversite hastanesinin çocuk servislerinde verilen bakımın aile merkezli bakım yönünden incelenmesi ve anne görüşlerinin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 16(1):11-24.
- OudeMaatman, S. M., Bohlin, K., Lilliesköld, S., Garberg, H. T., Uitewaal-Poslawsky, I., Kars, M. C. & Van den Hoogen, A. (2020). Factors influencing implementation of

- family-centered care in a neonatal intensive care unit. *Frontiers in pediatrics*, 8, 222.
- OudeMaatman, S. M., Bohlin, K., Lilliesköld, S., Garberg, H. T., Uitewaal-Poslawky, I., Kars, M. C., & Van den Hoogen, A. (2020). Factors influencing implementation of family-centered care in a neonatal intensive care unit. *Frontiers in pediatrics*, 8, 222.
- Öğüt, D. (2021). Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin İş Stresi ve Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi. İstanbul: Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi.
- Özakar Akça, S. & Gözen, D. (2013). Çocuk hemşiresinin savunucu rolü. *F.N. Hemşirelik Dergisi*, 21, 213-218.
- Özdamar, K. (2016). Ölçek ve test geliştirme yapısal eşitlik modellemesi. Eskişehir: Nisan Kitabevi.
- Özdemir, Z. (2018). Sağlık bilimlerinde likert tipi tutum ölçeği geliştirme. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 5(1), 60-68.
- Öztürk Şahin, Ö., Topan, A., Karakaya Suzan, Ö. & Canbaz, T. (2020). Hastanede çocuklara bakım veren hemşirelerin aile merkezli bakım yaklaşımını kullanma durumlarının incelenmesi. *Journal of Academic Research in Nursing*, 6(1), 89–96.
- Öztürk, C. & Ayar, D. (2014). Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(4), 315-320.
- Öztürk, G. (2019). Çocuk acil servise başvuran ebeveynlerin hemşirelik bakımını algılayışını ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 1-66.
- Öztürk, M. A. & Güneş, T. (2004). Acil hastanın özellikleri ve acil hastaya yaklaşım. *Pediatric Özel Dergisi*, 2, 65.

- Park, K. H., Yoon, M. & Kim, M. S. (2022). Factors influencing patients' satisfaction in an emergency department based on the use of the Korean Triage and Acuity Scale. *Korean Journal of Adult Nursing*, 34, 338-349.
- RESMÎ GAZETE, (2000). Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, Sayı: 24046, (Erişim Tarihi: 11.05.2024).
- Rosenthal, J. L., Albano, A. D., Tancredi, D. J., Perez, S. L., Young, H. M. & Romano, P. S. (2023). Development and psychometric evaluation of a caregiver survey to assess family-centered care in the emergency department. *Academic Pediatrics*, 23(5), 931-938.
- Sabancı, M. (2015). Ebeveynlerin çocuk acil ünitesinden memnuniyet düzeyleri. *On Dokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 1-89.
- Sağlık, D. S. & Çağlar, S. (2019). The effect of parental presence on pain and anxiety levels during invasive procedures in the pediatric emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 45(3), 278-285.
- Schneider, S. M., Hamilton, G. C., Moyer, P. & Stapczynski, J. S. (1998). Definition Of Emergency Medicine. *Academic Emergency Medicine*, 5(4), 348-351.
- Shields, L. & Tanner, A. (2004). Pilot study of a tool to investigate perceptions of family-centered care in different care settings. *Pediatric Nursing Journal*, 30(3): 189-196.
- Shields, L. (2010). Questioning family-centred care. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(17-18), 2629-2638.
- Shields, L., Pratt, J. & Hunter, J. (2006). Family-Centered care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 15(1): 1317-1323.
- Shin, S. & Yoo, H. J. (2023). Emergency nurses' communication experiences with patient and their families during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 66, 101240.

- Sosyal, Ş. H. (2005). *Davranışsal ölçümlerde güvenirlik ve geçerlik*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Tarhan, M. A., & Akın, S. (2016). Triyaj uygulamalarında hemşirelerin rolleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 170-174.
- Topal, F., Şenel, E., Topal, F. & Mansuroğlu, C. (2013). Hasta memnuniyeti araştırması: Bir devlet hastanesinin acil kliniğine başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri. *Cumhuriyet Medical Journal*, 35(2), 199-205.
- Tosun, A. & Tüfekci, F.G. (2015). Çocuk kliniklerinde aile merkezli bakım uygulamalarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 18(2): 131-139
- Törüner, E. & Büyükgönenç, L. (2011). *Çocuk Sağlığı Hemşireliği: Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*. Gökçe Ofset.
- Turan, T., Çetinkaya, B., Ceylan, S. S. & Altundağ, S. (2006). Denizli ili pediatri kliniklerinde refakatçi olarak kalan annelerin hospitalizasyona yönelik tepkileri ve etkileyen faktörler. 50. Milli Pediatri-6. Milli Çocuk Hemşireliği Kongre Kitapçığı, Antalya, 8-12.
- Tutar, H. & Erdem, A. T. (2020). Örnekleriyle bilimsel araştırma yöntemleri ve SPSS uygulamaları (1. baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Türk Dil Kurumu. (2015). *Hemşirelik terimleri sözlüğü* (s. 19). Ankara.
- Twanmoh, J. R. & Cunningham, G. P. (2006). When overcrowding paralyzes an emergency department. *Managed Care*, 15, 54–59.
- Vural, F., Aydın, A., Fil, Ş., Torun, S. & Vural, B. (2015). Bir devlet hastanesinde yatan hastalarda memnuniyete etki eden iki önemli faktör: iletişim ve hasta güvenlik kültürü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 335-346.
- Weir, J. P. (2005). Quantifying test-retest reliability using the intraclass correlation coefficient and the SEM. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 19(1), 231-240.

- Wilson, K. M. & Klein, J. D. (2000). Adolescents who use the emergency department as their usual source of care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154, 361-365.
- World Health Organization (WHO). (2017). Process of translation and adaptation of instruments. Retrieved from http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/
- Yasir, A. S. (2016). Cross cultural adaptation and psychometric validation of instruments: step-wise. *International Journal Of Psychiatry*, 1(1), 1-4.
- Yıldırım, C., Koçoğlu, H., Göksu, S., Günay, N. & Savaş, H. (2005). Patients satisfaction in a university hospital emergency department in Turkey. *Acta Medica*, 48(1), 59-62.
- Yılmaz, H. & Doğan, A. K. (2021). Pediatri ünitelerinde aile merkezli bakım ile ebeveynlere sağlanan destek düzeyi arasındaki ilişki. *The Medical Journal of Mustafa Kemal University*, 12(43), 119-130.
- Yılmaz, H. L. (2017). Türkiye’de çocuk acil yapılanması: Sorunlar ve çözüm önerileri. *Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Dergisi*, 42, 12-15.
- Yılmaz, Ö. E. & Gözen, D. (2019). Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakımın önemi ve bakım kalitesini geliştirmedeki değeri. *Türkiye Klinikleri Pediatric Nursing-Special Topics*, 5(2), 5-11.

EKLER

Ek-1: Araştırmada Kullanılan Ölçeğin Kullanım İzni



Jennifer Lynn Rosenthal

Alici: ben



Türkçe diline çevir



Yes, of course. Please test it in Turkey.

The details of the use of the scale, items, and scoring are in the manuscript.

Thank you,
Jen

Jennifer Rosenthal, MD, MAS

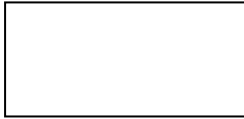
Associate Professor, Department of Pediatrics

Pediatric Hospital Medicine

Faculty Director, Digital Health Equity and Process Improvement

[Center for Health and Technology](#)

Associate Director, [ARC-MD](#): Outreach, Admissions and Student Affairs



...

[İleti kısaltıldı] [Tüm iletiyi görüntüle](#)



Ek-2: Araştırmanın Etik Kurul Onayı

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI
ETİK KURULU KARARLARI

KARAR TARİHİ	OTURUM NO	KARAR SAYISI
26.12.2023	20	01-68

Üniversitemiz Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanı Prof. Dr. Nail YILDIRIM Başkanlığında toplandı.

KARAR 20.14- Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğünün 29.11.2023 tarih ve 367857 sayılı yazısı görüşüldü.

Aşağıda bilgileri yer alan araştırmacıların yapmak istediği uygulamaların ve kullanacağı veri toplama araçlarının etik açıdan uygunluğuna oy birliği ile karar verildi.

ÇALIŞMANIN TÜRÜ	Yüksek Lisans Tezi
BAŞLIK	Acil Serviste Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliği
TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ/ YAZARI	Prof. Dr. Nermin GÜRHAN Melisa TEKE (Hemşirelik Anabilim Dalı)
RAPORTÖR GÖRÜŞÜ	OLUMLU

Prof. Dr. Nail YILDIRIM
Etik Kurul Başkanı
(İmza)

Prof. Dr. Mehmet Serkan UMUZDAŞ
Başkan Yardımcısı
(İmza)

Prof. Dr. Emine ÖĞÜK
Üye
(İmza)

Prof. Dr. Mehmet KARGÜN
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Muhittin DEMİRAY
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Tuğba KILIÇER
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Hüseyin Baha ÖZTUNÇ
Üye
(İmza)

Ek-3: Araştırmanın Yürütüleceği Kurumun İzni



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



Sayı : E-21979232-020-381501
Konu : Çalışma İzni

05.01.2024

Sayın Prof. Dr. Nermin GÜRHAN
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

İlgi : , 03.01.2024 tarihli ve bila sayılı yazı.

Yüksek Lisans öğrencisi Melisa TEKE tarafından danışmanlığınızda yapılacak olan "Acil Serviste Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeği" konulu çalışmanın 01 Ocak 2024 ile 1 Mayıs 2024 tarihleri arasında yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Erkan GÖKÇE
Merkez Müdürü

Ek-4: Araştırmanın Yürütüleceği Kurumun İzni

ZİLE HASTANESİ ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ

Araştırmamı Kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin verilmesi hususunda, gereğini arz ederim.

Ad Soyad: Melisa TEKE

Araştırmanın;

Adı:	Acil Serviste Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeği
Amacı:	Bu çalışma Acil Serviste Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin “Development and Psychometric Evaluation of a Caregiver Survey to Assess Family-Centered Care in the Emergency Department” Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliğini literatüre kazandırılması amacıyla metodolojik olarak yapılacaktır.
Yöntemi:	Orijinal ölçek, “Development and Psychometric Evaluation of a Caregiver Survey to Assess Family-Centered Care in the Emergency Department” Jennifer L. Rosenthal tarafından geliştirilmiştir. Jennifer L. Rosenthal e-posta yoluyla iletişime geçilmiş, ölçeğin kullanılabilirliğine yönelik gerekli izin alınmış ve ölçeğin kullanım haklarına yönelik lisans anlaşması yapılmıştır. Araştırma iki aşamada yapılacaktır. Araştırmanın 1. Aşaması; 2 fazda gerçekleştirilecektir. 1. fazda; Uyarlama yapılacak ölçeğin çevirisi ve kültürel adaptasyonu yapılacaktır. Dil geçerliliği için toplam 6 dil uzmanı ile çalışılacaktır. 3 uzman ölçek maddelerini birbirlerinden bağımsız olarak İngilizceden Türkçeye çevirecektir. Ardından bu uzmanlarla görüşülerek Türkçe maddelerin son hali verilecektir. Oluşan Türkçe metni

Ek-5: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması Yapılan Çocuk Acillerde Aile

Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeğinin Orijinal Hali

Item 1. Did your child's doctor seem interested in your worries about your child's problem?

No

Yes, somewhat

Yes, definitely

Item 2. Did you feel comfortable sharing your ideas with your child's doctors?

No

Yes, somewhat

Yes, definitely

Item 3. Did your child's doctors focus on what matters to you the most?

No

Yes, somewhat

Yes, definitely

Item 4. Did your child's doctors clearly explain to you their ideas about your child's medical care?

No

Yes, somewhat

Yes, definitely

Item 5. Did your child's doctors give you information in ways that you understood?

No

Yes, somewhat

Yes, definitely

Item 6. Did your child's doctor encourage you to ask questions?

No

Yes, somewhat

Yes, definitely

Item 7. Did your child's doctor involve you in making decisions about your child's medical care?

No

Yes, somewhat

Yes, definitely

Item 8. Did your child's doctor propose next steps for your child's medical care that were acceptable to you?

No

Yes, somewhat

Yes, definitely

Item 9. Did your child's doctor address your child's needs?

No

Yes, somewhat

Yes, definitely

Ek-6:Bakım Verici Bilgi Formu

1. Çocuğun neyi oluyorsunuz?

2. Yaşınız:

3.Mesleğiniz:.....

4.Çocuğun annesinin eğitim durumu

() Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ve üstü

5.Çocuğun babasının eğitim durumu

() Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ve üstü

6.Çocuğun annesinin çalışma durumu

a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

7.Çocuğun babasının çalışma durumu

a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

8.Çocuğun babasının mesleği

9.Çocuğun annesinin Mesleği

10. Aile tipiniz:

a) Çekirdek aile (anne, baba, çocuk)

b) Geniş aile (anne, baba ve çocuklara ek olarak başka akrabalar)

c) Parçalanmış aile (boşanmış veya ayrı yaşayan ebeveynler)

11. Ailenizin gelir durumu:

a) Gelir giderden az b) Gelir gidere eşit C) Gelir giderden fazla

12. Çocuğunuz kaç yaşında?

13. Çocuğunuzun cinsiyeti?

a) Kız b) Erkek

14. Son 6 ay içerisinde acil servise kaç kere başvurdunuz?

15. Acil servise başvuru nedeniniz nedir?



Ek-7: Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeği Türkçe

Formu

Çocuk Acillerde Aile Merkezli Bakım Değerlendirme Ölçeği			
Sorular	Hayır .	Evet, biraz .	Evet, kesinlikle .
1. Çocuğunuzun doktorları, çocuğunuzun problemleri hakkındaki endişelerinizle ilgili görünüyorlar mıydı?			
2. Çocuğunuzun doktorlarıyla fikirlerinizi paylaşırken kendinizi rahat hissediyor muydunuz?			
3. Çocuğunuzun doktorları sizin için en önemli olan şeylere odaklandılar mı?			
4. Çocuğunuzun doktorları size çocuğunuzun tıbbi tedavisi hakkındaki fikirlerini açıkça ifade ettiler mi?			
5. Çocuğunuzun doktorları size sizin anlayabileceğiniz şekilde bilgi verdiler mi?			
6. Çocuğunuzun doktorları sizi soru sormanız için cesaretlendirdiler mi?			
7. Çocuğunuzun doktorları çocuğunuzun tıbbi tedavisi ile ilgili kararlar alırken sizi de dahil ettiler mi?			
8. Çocuğunuzun doktorlarının tıbbi tedavinin bir sonraki aşama için vermiş olduğu öneriler sizce kabul edilebilir miydi?			
9. Çocuğunuzun doktorları çocuğunuzun ihtiyaçlarını ele aldı mı?			

E-8: Görüşüne Başvurulan Uzmanların Listesi

1	Dr. Öğr. Üyesi Birgül VURAL	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
2	Arş. Gör. Mustafa Sabri KOVanci	Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
3	Arş. Gör. Rana Elçin SEZER CEREN	Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
4	Dr. Öğr. Üyesi Gülden BASİT	Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
5	Doç. Dr. Zeliha ÖZDEMİR KÖKEN	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
6	Arş. Gör. Sinem ÖCALAN	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
7	Dr. Öğr. Üyesi Merve MERT KARADAŞ	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
8	Dr. Öğr. Üyesi Sevda UZUN	Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
9	Dr. Öğr. Üyesi Nurten Gülsüm BAYRAK	Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
10	Pratisyen Hekim Tuğba DÜLGER	Acil Servis Hekimi
11	Pratisyen Hekim Huri HAZER	Acil Servis Hekimi

ÖZGEÇMİŞ

