



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIMDA EBEVEYNLERİN
GÜÇLENDİRİLMESİ: EMPATHIC-N ÖLÇEĞİ'NİN
TÜRKÇE UYARLAMASI**

Sevilay ÖZSOY

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Prof. Dr. Yasemin AKBULUT

ANKARA

2019

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIMDA EBEVEYNLERİN
GÜÇLENDİRİLMESİ: EMPATHIC-N ÖLÇEĞİ'NİN
TÜRKÇE UYARLAMASI**

Sevilay ÖZSOY

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Prof. Dr. Yasemin AKBULUT

ANKARA

2019

Etik Beyan

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans/Doktora tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Yenidoğan Yoğun Bakımda Ebeveynlerin Güçlendirilmesi: EMPATHIC-N Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir. Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Sevilay Özsoy

Tarih:19//09/2019

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında
Sevilay ÖZSOY tarafından hazırlanan
“Yenidoğan Yoğun Bakımda Ebeveynlerin Güçlendirilmesi: Empathic-N Ölçeği’nin
Türkçe Uyarlaması” adlı tez çalışması
aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ
ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 19/08/2019

Doç. Dr. Ece UĞURLUOĞLU ALDOĞAN
Ankara Üniversitesi
Jüri Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi Meltem SAYGILI
Kırıkkale Üniversitesi

Prof. Dr. Yasemin AKBULUT
Ankara Üniversitesi
(Danışman)

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mehmet AKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	viii
Çizelgeler	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Aile Merkezli Bakım Tanımı ve Tarihçesi	1
1.2. Aile Merkezli Bakımın Prensipleri	4
1.3. Aile Merkezli Bakım Uygulamasında Yönetici ve Kurumun Sorumlulukları	9
1.4. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin Genel Özellikleri	11
1.5. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Memnuniyeti	14
1.6. Aile Memnuniyetinin Değerlendirilmesine Yönelik Çalışmalar	17
2. GEREÇ VE YÖNTEM	23
2.1. Araştırmanın Amacı	23
2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
2.3. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı	25
2.3.1. Ölçeğin Türkçe Uyarlama Çalışmaları	26
2.4. İzinler	28
3. BULGULAR	29
3.1. Ölçeğin Kapsam Geçerliliği Çalışması	29
3.2. Uzman Görüşlerine Göre Ölçeğin Güvenilirlik Analizi	32
3.3. Ölçeğin Güvenilirlik Çalışması Bulguları	36
4. TARTIŞMA	43
4.1. Ölçeğin Geçerliliği	43
4.2. Ölçeğin Güvenilirliği	46
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	51
ÖZET	51
SUMMARY	53
KAYNAKLAR	54
EKLER	62
Ek-1: Empowerment of Parents in the Intensive Care- Neonatology (EMPATHIC-N) Ölçeği'nin Orijinali	62
Ek-2: Yenidoğan Yoğun Bakımda Ebeveynlerin Güçlendirilmesi: Empathic-N	66
Ek-3: Ölçek Sahibinin İzni Alındığını Gösterir Belge	70
Ek-4: Ölçek Sahibini İletmiş Olduğu Uyarlama Yönergesi	71
Ek-5: Çalışmanın Yürütülmesi İçin İdari İzin Yazısı	76
Ek-6: Hacettepe Üniversitesi Etik Kurul İzin Yazısı	77

Ek-7: Aydınlatılmış Onam Formu	78
Ek-8: Ölçeğin Uzman Görüş Analizi Çalışma Formu	79
ÖZGEÇMİŞ	87



ÖNSÖZ

Sağlık alanında gerçekleşen teknolojik ve bilimsel gelişmelerle birlikte prematüre bakımında büyük gelişmeler sağlanmış; çok küçük prematüre bebeklerin bile yaşama şansı artmıştır. Bu gelişmelerle birlikte yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde aile ve bebeğin ayrılmaz bütünlüğü bütün sağlık profesyonelleri tarafından önemsenmeye başlamıştır. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin karmaşık yapısında aile memnuniyetini ölçmede aile merkezli bakım felsefesine dayanan ölçekler kullanılmaktadır. Aile merkezli bakım anlayışıyla sağlık hizmetinin sunulması ve sonrasında bu bakımın aile merkezli bir bakım anlayışıyla değerlendirilmesi için bir ölçeğin geliştirilmesi çok önemlidir.

Bu araştırma Hacettepe Üniversitesi Prematüre Yoğun Bakım Ünitesinde ebeveyn memnuniyetini değerlendirmek üzere Yenidoğan Yoğun Bakımda Ebeveynlerin Güçlendirilmesi: Empathic-N Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul ederek bu çalışmanın oluşmasına katkı veren değerli katılımcılara teşekkür ederim.

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesi aşamasında, bilgi ve yönlendirmeleriyle tezin hazırlanmasında büyük katkı sağlayan, beni destekleyen danışman hocam Prof. Dr. Yasemin Akbulut'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Çalışma boyunca benden hiç bir desteğini esirgemeyen sorumlu hemşire Aylin KAVLAK'a, sekreter Ayşe Gül ALEMDAR'a ve beraberinde Bölüm 39 hemşirelerine, ünitadaki değerli hocalarım Prof. Dr. Murat YURDAKÖK'e, Prof. Dr. Şule YİĞİT'e ve Dr. Öğr. Üyesi Hasan Tolga ÇELİK'e, ünite uzman doktorları Gözdem KAYKI'ya, Ümit Ayşe TANDIRCIOĞLU'na ve Alper AYKANAT'a teşekkür ediyorum. Ölçeğin çeviri aşamasında yardımlarını esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Mustafa GÜLEÇ'e, Hazal Nienke VAN HET HOF'a ve Okan COŞKUN'a çok teşekkür ediyorum.

Tüm eğitim hayatım boyunca yanımda olup, çalışmamın her aşamasında beni destekleyen eşim Erman ÖZSOY'a, annem Penbe AKKUŞ'a ve Handan ÖZSOY'a

Babam Nacip AKKUŞ'a, kardeşlerim Hakan ve Alper ÖZSOY'a, Dürdane ve Ümit AKKUŞ'a teşekkür ediyorum.



SİMGELER VE KISALTMALAR

α	Alfa
AAP	American Academy of Pediatrics
EMPATHIC-N	Empowerment of Parents in the Intensive Care – Neonatology
ISPOR	The translation and cultural adaption group of the international society for pharmacoeconomics and out come research
KGİ	Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	Kapsam Geçerlik Oranı
m ²	metre kare
N	maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısı
NG	görüşünü alan uzman sayılarının
°C	santigrad derece
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

ÇİZELGELER

Çizelge 2.1. Ebeveyn demografik özellikleri.	24
Çizelge 2.2. Yenidoğan Yoğun Bakımda Ebeveynlerin güçlendirilmesi; EMPATHIC-N ölçeği alt puan değerleri.	26
Çizelge 3.1. Araştırmaya katılan uzmanların demografik özellikleri.	30
Çizelge 3.2. Her bir maddenin uzmanlar tarafından değerlendirme betimsel sonuçları.	31
Çizelge 3.3. Madde-toplam istatistikleri.	32
Çizelge 3.4. Ölçek boyutlarının iç tutarlılık katsayısı sonuçları.	33
Çizelge 3.5. Ölçek maddelerinin kapsam geçerliği için uzman görüşlerinin değerlendirilmesi (N= 56).	34
Çizelge 3.6. Ölçek alt boyutu için kapsam geçerlik indeksi sonuçları.	36
Çizelge 3.7. Ölçek maddelerinin tanımlayıcı istatistikleri (N: 134).	37
Çizelge 3.8. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı olan cronbach α değerleri.	39
Çizelge 3.9. Ölçeğin madde puanları ile toplam puan korelasyonlarının sonuçları.	40
Çizelge 3.10. Ölçeğin ikiye bölme yöntemine dayalı güvenilirlik analizinin sonuçları.	42
Çizelge 4.1. Her bir maddenin uzmanlar tarafından değerlendirme betimsel sonuçları.	44

1. GİRİŞ

Hasta memnuniyeti; sağlık sistemlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde sağlık sigortası şirketlerinin, devletin, sağlık organizasyonlarının ve sağlık profesyonellerinin bizzat kendileri tarafından giderek daha fazla dikkate alınan bir faktördür. Devlet sağlık hizmetlerinde verimliliği ve etkililiği artırmayı amaçlarken, sigorta şirketleri de hastanın memnuniyetini artırmayı hedeflemektedir. Kalite ve performans indikatörlerinin geliştirilmesinde hastalar kadar hasta yakını görüşleri de göz önünde bulundurulmaktadır (Latour ve ark., 2012). Ancak birçok memnuniyet ölçeği, hastane odaklı olup, içerik olarak çeşitli sağlık bakımı uzmanlıklarını ele almamaktadır. Oysa hasta bakım kalitesinin değerlendirilmesinde hasta yakınlarının görüşlerinin alınması özellikle kritiktir. Bu perspektifle incelendiğinde pediatri özel bir pozisyona sahiptir. Gelişim dönemindeki hasta çocuk; doğumdan, erişkin hasta bakımına geçişine kadar spesifik bir bakım, tedavi ve rehberlik ihtiyacı duymaktadır. Bunun yanında aileler pediatrik hastanın bakımında hayati rollere sahiptir (Dudley ve Carr, 2004). Güncel pediatrik hasta ve aile merkezli bakım uygulamaları, hasta ailelerini tedavi süresince çocuklarının tedavi ve bakımında karar verme sürecine aktif katılımları için cesaretlendirmektedir. Pediatri hastalarının bakımı çeşitli uzmanlık alanlarına ayrılmıştır. Yoğun bakımda pediatrik bir hastanın memnuniyetini değerlendirebilmek kısmi ya da bütüncül sedasyon altında olmaları ve yenidoğanın kendini ifade edememesi nedeniyle mümkün değildir. Bu sebeple hasta çocuğun ya da yenidoğanın bakımında beklentilerin şekillenmesinde ailelere katkı sağlama fırsatı doğmaktadır. Bununla birlikte, ailelerin çocuklarının tedavisi sırasında birçok kritik durumda karar verme ve uygulamaya izin verme yükümlülükleri bulunmaktadır (Meyer ve ark., 2000).

Çalışma beş bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın ilk bölümünde, aile merkezli bakım kavramına, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin özelliklerine ve aile memnuniyeti kavramlarına ilişkin literatür bilgilerine yer verilmiştir. İkinci bölümde, Ankara'da bulunan bir üniversite hastanesinde araştırmaya katılan aile bireylerine ilişkin tanımlayıcı özelliklere, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde verilen aile

merkezli bakım unsurlarından memnuniyetlerine yönelik, memnuniyet derecelerinin analiz edilmesine ve kullanılan “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Yenidoğan Yoğun Bakımda Ebeveynlerin Güçlendirilmesi: EMPATHIC-N” ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğinin incelendiği bir araştırma metodolojisine, üçüncü bölümde; bu analizler sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Çalışmanın dördüncü bölümünde bulgular ile literatür bulguları arasında yapılan tartışma sunulmuştur. Çalışmanın son bölümünde ise ulaşılan sonuçlar ve geliştirilen önerilere yer verilmiştir.

1.1. Aile Merkezli Bakım Tanımı ve Tarihçesi

Pediatric hemşireliğinde bir bakım felsefesi olarak benimsenen aile merkezli bakımda; çocuğun sağlık durumunun, ailenin sağlık durumunu; ailenin sağlık durumunun çocuğun sağlık durumunu etkilediği doğrultusunda, sağlık çalışanları ve aile arasında iş birliğine dayalı, sağlık hizmetlerinin planlanmasında, değerlendirilmesinde, sunulmasında, çocuğun bakımı ve sağlığı ile ilgili kararlara ailenin aktif katılımının sağlanarak ailenin güçlü yanlarının desteklenmesi inancına dayanır (Sarajärvi ve ark., 2006, Harrison, 2010). İkinci Dünya Savaşı sonrası enfeksiyon hastalıklarında artış görülmüş; önlem olarak hastanelerde aile ziyaretleri sınırlandırılmıştır. Çocuk hastanelerinde aileler refakatçi olarak çocuklarıyla birlikte kalamamıştır. Ailesinden ayrı, uzun süre hastanede kalan kronik hastalığı olan çocuklarda bu nedenle psikososyal travmalar görülmüştür (Harrison, 2010). “Çocuk, Ailesi ve Hemşire” kitabıyla 1954 yılında Amerikalı hemşire Florence Blake, hemşire – aile arasındaki işbirliğinin önemini ve çocuğun hastanede yalnız kalmasının çocukta yarattığı olumsuz sonuçları ortaya koyan ilk hemşiredir (Ocakçı, 2006). 1950’li yılların başında bağlanma kuramının geliştiren psikoanaliz eğitimi almış, psikolog John Bowlby ve birlikte çalıştığı belgesel yazarı ve fotoğrafçı James Robertson “A 2 year-old goes to hospital”-2 yaşında çocuk hastaneye gidiyor- ve “Going to Hospital with Mother” -Hastaneye anneyle gitmek- adlı iki belgeselle İngiltere’de büyük bir kamuoyu farkındalığı yaratmıştır. Robertson ve Bowlby’in yürüttükleri bu çalışmalar devam ederken İngiltere hükümeti çocuk hastanelerindeki durumu araştırmak üzere Cerrahlar Kraliyet Koleji başkanı Harry Platt öncülüğünde

bir araştırma komitesi kurmuştur. Komite daha sonra “Platt Raporu” olarak adlandırılan; ailelerin çocuklarıyla birlikte hastanede kalmasına izin verilmesi, aileye konaklama için yer sağlanmasını ve çocuklara hastanede okul imkânı sağlanması gibi 55 maddelik bir öneri raporu hazırlamıştır. Bu rapor İngiliz sağlık sisteminde ve beraberinde başka ülkelerde dramatik değişikliklere zemin oluşturmıştır (Alsop ve Mohey, 2001). Bu gelişmelerle hastaneye yatan yenidoğan, çocuk ve adölesan hastanın bakım ve tedavisi sırasında aile ve çocuğun duygusal olarak desteklenmesi, duygusal ihtiyaçlarının giderilmesi 1970’li yılların sonlarına doğru daha da önem kazanmıştır.

Cooper ve arkadaşlarının (2007) yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakımı desteklemek amacıyla dizayn edilmiş bir ulusal sağlık programının etkilerini değerlendirmek üzere 216 ebeveyn üzerinde yaptıkları bir çalışmada; aile merkezli bakım uygulamalarının anne ile bebek bağı ve annenin bebek bakımına ilişkin bilgi ve becerilerini artırdığını, ailelerin çocuklarının sağlık durumu ile ilgili yeterli düzeyde bilgi sahibi olmalarını sağladığını belirtmişlerdir. Dunst ve arkadaşları (2007), 7 farklı ülkeden 11,000 katılımcıdan oluşan 47 çalışmada, aile merkezli bakım veren profesyonelleri ve aileleri, çocuk davranışlarını ve bakıma yararlarını araştırdığı metaanalizi çalışmasında; aile merkezli bakımın, aile memnuniyetini yükselten, ailenin kendine özgüvenini artıran, ebeveyn-çocuk bağına güçlendiren ve hastalık döneminde çocuk davranışlarını olumlu yönde geliştiren bir bakım modeli olduğunu göstermiştir (Dunst ve ark., 2007). Kamerling ve arkadaşları (2008) bir çocuk hastanesinde, genel anestezi sonrası ayılma ünitelerinde 2004 yılında %44 olan aile ziyaretlerinin 2007 yılında % 90’a kadar artmasıyla sunulan aile merkezli bakımın çocuğun ameliyat sonrası iyileşme süresinin ve ağrı kesici ihtiyacının azalmasına, çocuğun konforunun artmasına olumlu katkısı olduğunu bildirmişlerdir (Kamerling ve ark., 2008). Erdev ve arkadaşlarının (2008) 34 haftanın altında doğmuş pretermilerin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde anneleriyle aynı odada kalan ve kalmayan yenidoğanlardan; anneleriyle aynı odada kalmayanların %34,5’ünün taburculuk sonrası tekrar hastaneye yattığını, annesiyle birlikte kalan yenidoğanlarda ise yeniden yatışın %12,9 olduğu bulunmuştur. Yayan ve arkadaşlarının (2019), bebekleri yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan

47 baba üzerinde yaptığı çalışmada, babaların bebeklerini yenidoğan yoğun bakım ünitesinde ziyaret etmelerinin babaların stres düzeylerini azalttığını saptamıştır.

1.2. Aile Merkezli Bakımın Prensipleri

Aile merkezli bakım felsefesi son 60 yılda pediatrik hasta bakımının vazgeçilmez bir ögesi olarak gelişmiştir. Hasta ve ailesi ile hastanın hayatında ailenin önemini kavramış sağlık profesyonelleri arasındaki fayda ilişkisi temelinde; sağlık bakımı hizmetlerinin planlamasından, sunumuna ve değerlendirilmesine kadar bütün aşamalarda yenilikçi yaklaşımlarda bulunmayı gerektirir. Aile merkezli bakımın kapsamı incelendiğinde ilk öne çıkan konu aile ve sağlık bakım profesyonelleri arasında işbirliğine dayalı bir ilişkidir. Literatürde aile merkezli bakımın 6 temel prensip tanımlanmıştır (Hutchfield, 1999; Latour ve Haines, 2007; Ahmann ve Johnson, 2001). Bunlar;

- Saygı
- Bilgilendirme ve eğitim
- Bakımın koordinasyonu
- Fiziksel destek
- Duygusal destek
- Ailenin bakıma katılımıdır.

Bu prensipler aile ve sağlık çalışanının rolleriyle ilişkilendirilmiştir. Sağlık hizmetleri profesyonelleri tarafından aile merkezli bakımın prensipleri çok iyi bilinse de sağlık çalışanları tarafından ailelerin ihtiyaçlarını karşılamada kendilerini yetersiz gördükleri ve aile ile bir ilişki bağı kurmakta zorlandıklarını ifade eden çalışmalar da bulunmaktadır (Latour ve Haines, 2007). Bu boyutlar aşağıda detaylı olarak incelenmektedir.

Saygı: Sağlık profesyonelleri ailenin kültürel kökenine, dini inançlarına, görüşlerine saygı duyar, bunu tedavi ve bakıma entegre eder. Sağlık çalışanları her bir pediatrik hastanın ve ailesinin, ailenin kültürel geçmişi ve dini inancı ne olursa olsun ihtiyaç ve tercihlerinin farkında olmalıdır (Latour ve Haines, 2007).

Bilgilendirme ve Eğitim: Hasta ve ailesine bilgilendirme yapmak ve eğitim vermek sağlık çalışanlarının birincil görevlerindendir. Sağlık çalışanları ve ailenin bir araya gelip sağlık durumu kritik çocuğun bakımı ile ilgili iş birliği yapması, bilgilendirmenin doğasında bulunmaktadır. Sağlık çalışanları ve aile arasında yapılan etkili ve anlaşılır bir iletişim, çocuğun yararına olduğu gibi ailenin stres ve anksiyetesini azaltarak; güven bağı oluşmasını da sağlar (Latour ve Haines, 2007).

Bakımın koordinasyonu: Bu prensipte yenidoğan ve çocuk yoğun bakım ünitelerinin doğası gereği birer geçiş üniteleri olduğuna vurgu yapılmaktadır. Yenidoğan yoğun bakıma hastalar bebek gözlem odalarından, doğumhanelerden ya da acil servislerden yatırılmaktadır. Taburculuk sonrasında ise yenidoğan kadın doğum ünitesinde yatmakta olan anne odasına, herhangi bir pediatrik servise, çocuk yoğun bakım ünitesine yatırılabilir ya da eve taburcu edilebilir. Hastane içi ve dışı nakiller, servisler arasında koordineli ve özenli bir şekilde planlanmalı ve gerçekleştirilmelidir. Nakiller beraberinde konsültasyonları, laboratuvar ve görüntüleme testlerini, hasta transferine ve devrine yönelik evrak işlerini, hastanın transfer sırasında bakımının sağlanması gibi prosedürleri de getirmektedir. Hastanın nakille devir yapılacağı servisle iş birliği içerisinde aile ile, zamanında ve doğru şekilde yapılan iletişim; ailenin bu prosedürlere yönelik kaygısı azaltıp, iş birliğini güçlendirecektir (Latour ve Haines, 2007).

Fiziksel Destek: Doğumla birlikte erkek ve kadın için anne baba olmak önemli bir geçiş dönemidir, anne ve babalığa geçiş kişinin öz benliğini ve saygısını etkiler (Miller, 2007). Bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatması bu geçiş döneminde aile için stresli bir olaydır. Gebelik süresince aileler, henüz doğmamış çocukları için sağlıklı ve zamanında doğacak bir bebek beklentisiyle planlama yaparlar. Prematüre doğum, anomalili doğum gibi durumlar ailede krize sebep olur.

Bebeklerini ziyaret kısıtlamasının olduğu, karmaşık teknolojik aletlerle donatılmış, yoğun bakımda bırakıp evlerine ya da servislerine dönmeleriyle, duygular şiddetlenir ve bu durum aile de şok, karmaşıklık, terk edilmiş hissi, güçsüzlük, ileriye dönük üzüntü, suçluluk, kabahat arama duygularına sebep olmaktadır (Whitfield, 2003).

Duygusal Destek: Aileler yoğun bakımda yatan çocuklarının hastalığından dolayı, yapılan işlemler sırasında çocuklarının acı çekeceği yönünde kaygı duymaktadırlar. Sağlık profesyonelleri yenidoğanın bakımı ve tedavisi ile ilgilenmenin yanında aileyle duygusal açıdan da ilgilenmelidir. Her aile bebeklerinin bakımları için kendilerine özgü algılara sahiptir. Empati, hassasiyet ve anlayış gösterilerek, ailelerin durumla başa çıkılmasına yardımcı olunmalıdır (Latour ve Haines, 2007).

Ailenin Bakıma Katılımı: Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde ziyaret saatlerinin kısıtlı olması, bakım anında ve invaziv işlemler sırasında veya vardiya devri ile vizite saatlerinde ailelerin yoğun bakımdan çıkarılıp, hasta yenidoğanın yanında bulunmalarına engel olmak, ebeveynlerin çaresiz ve yetersiz hissetmelerine neden olmaktadır. Ailenin kendi istediği ölçüde çocuğunun bakıma ve tedavisine karar verme sürecine katılımı desteklenmelidir. Ailenin bakıma katılması için desteklenmesi; taburculuk sonrası yenidoğanın bakımının devamlılığını sağlayacağı gibi tekrar yatışların önüne geçebilir. Yenidoğanın bakımına katılan anne ya da babanın taburculuk sonrası kendisini yetersiz hissetmesi engellenebilir (Latour ve Haines, 2007).

Yukarıda açıklanan prensiplere paralel olarak Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics (AAP), 2003), sağlık profesyonellerine sağlık hizmetleri sunumunda aile merkezli bakım felsefesini entegre edebilmeleri için belirli ilkeler geliştirmiştir. Bu ilkeler:

- Çocuk ve ailesine saygı duymak, aile ve çocuğun ayrılmaz bütünlüğünü kabul etmek,

- Ailelerin etnik, kültürel, sosyoekonomik ve ırksal özelliklerini kabul etmek, baş etme yöntemlerine, karar verme mekanizmalarına saygı duymak,
- Ailenin güçlü yönlerini tanımak, ailenin bu yönlerini fark etmesini sağlamak, desteklemek ve cesaretlendirmek, ailenin özgüvenini geliştirmek, sağlıkları ile ilgili karar vermede desteklemek,
- Bakım ve destek yaklaşımlarıyla, çocuğun ve ailenin seçimini destekleyerek onlara karar verme sürecinde yol göstermek,
- Ailenin ırk, etnik ve kültürel değer ve inançları doğrultusunda politikaların uygulanabilirliğini sağlamak,
- Çocuklarının durumu ile ilgili aileye sürekli ve eksiksiz bilgi vermek,
- Çocuk, aile ya da bakım veren bireye yaşamın her döneminde destek sağlamak, bebeklerin, çocukların, adolesanların ve ailenin gelişimsel ihtiyaçlarını belirlemek, bu ihtiyaçların sağlık sistemi içerisinde gelişimsel dönemleri dikkate alarak giderilmesini sağlamak,
- Hasta yenidoğanın, çocuğun, adolesanın bakımı, sağlık profesyonellerinin eğitimi, politikaların ve programların geliştirilmesi gibi sağlık hizmetinin tüm aşamalarında aileler ile işbirliği yapmaktır.

Aile merkezli bakım ilkeleri, çocukların sağlık kuruluşlarından yatması nedeniyle sürekli sağlık bakım hizmet almaları halinde, sahip oldukları haklara ilişkin “hastaneye yatırılan hasta çocuk hakları ve Avrupa Hastanede Yatan Çocuk Hakları Bildirgesi” gibi bildirgelerde belirtilen haklarla benzerlik göstermektedir (Leyden, 1998; Alderson, 1993). Bu yönüyle hastaneye yatırılan bir çocuğun aile merkezli bir bakım alma, ebeveynlerin ise aile merkezli bakım kapsamında hastanede hasta çocuğunun yanında kalma ve bu süreçte maddi ve duygusal destek alma, tedavi sürecinde her konuda bilgi alma, çocuğu hakkında verilen tıbbi kararlara katılma hakkı vardır. Türkiye’de anne babanın çocuklarının hastalık durumunda hastanede kalabilmelerine yönelik yasal düzenlemeler incelendiğinde; Yataklı Tedavi

Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 62. maddesinde hastalara refakat şekli ve koşulları başlığında *“Hastaların yanında refakatçi kalması, kurumda ağır hasta bakımını gerektiren hizmet birimi bulunmadığı takdirde ve tıbbi bir zorunluluk olmak kaydıyla ilgili dal uzmanının lüzum göstermesi ve baştabibin muvafakati ile belirtilen sürece mümkündür.”* ibaresi yer almaktadır (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983). Hasta Hakları Yönetmeliği 40. Maddesinde *“Muayene ve tedavi sırasında hastaya yardımcı olmak üzere; mevzuatın ve kurum imkanlarının elverdiği ve hastanın sağlık durumunun gerektirdiği ölçüde, tedaviden sorumlu olan tabibin uygun görmesine bağlı olarak, refakatçi bulundurulması istenebilir.”* İbaresini bulunmaktadır (Hasta Hakları Yönetmeliği,1998). Ayrıca 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 108. Maddesinde *“Memurun bakmakla yükümlü olduğu veya memur refakat etmediği takdirde hayatı tehlikeye girecek ana, baba, eş ve çocukları ile kardeşlerinden birinin ağır bir kaza geçirmesi veya tedavisi uzun süren bir hastalığının bulunması hâllerinde, bu hâllerin sağlık kurulu raporuyla belgelendirilmesi şartıyla, aylık ve özlük hakları korunarak, üç aya kadar izin verilir. Gerektiğinde bu süre bir katına kadar uzatılır.”* maddesi bulunmaktadır (Devlet Memurları Kanunu, 1965). Türkiye’de aile merkezli bakım uygulamalarının durumu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; ailelerin çocuklarının hastanede kaldıkları süre boyunca çocuklarına refakat edebilmelerine rağmen, aile merkezli bakım uygulamalarının yeterli seviyede olmadığı belirlenmiştir. Boztepe ve Çavuşoğlu (2009) tarafından bir üniversite hastanesinde aile merkezli bakım yönünden uygulamalar araştırılmıştır. Çalışma kapsamındaki annelerin %50,6’sının çocuklarını tedavisi hakkında verilen kararlara katılmadıklarını, bu annelerin %66’sının çocuklarının bakım ve tedavisine ilişkin kararları doktorların verdiğini ifade etmiştir. Aynı çalışmada annelerin çocuklarının özellikli tıbbi bakımlarından çok, yemek yedirme, yatak yapma, hijyen gereksinimlerini karşılama gibi fiziksel ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik uygulamalar yaptıklarını, bununla birlikte annelerin yarıya yakını çocuklarının fiziksel ihtiyaçlarını karşılama sürecinde kendi öz bakım ihtiyaçlarını karşılayamadıklarını belirtmişlerdir.

1.3. Aile Merkezli Bakım Uygulamasında Yönetici ve Kurumun Sorumlulukları

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin kurulduğu yıllarda üniteler, bebeğin tıbbi tedavi bakımını karşılamak ve ünite çalışanlarının rahat bir ortamda çalışması üzerine tasarlanmışlardı. Klasik hasta ve hastane odaklı yapılan bu tasarımların, yenidoğanın nörolojik gelişimini, bebek ve aile arasındaki bağlanmayı tam olarak sağlamadığının gözlenmesi üzerine, ünite tasarımları; bebek, aile ve çalışanların ihtiyaçlarına yönelik farklı düzenlemelerle yeniden tasarlanmaya başlanmıştır. Bu düzenlemelerle ailenin bebek bakım ve tedavisine daha aktif katılması, bebeğin nörogelişimsel olarak aile desteğini daha fazla alması, aile-bebek bağının erken dönemde başlatılıp devamlılığının sağlanması amaçlanmıştır (Als, 1998). Ünite içerisinde aileye özel bebek ve ailenin birlikte kalabileceği yoğun bakım odalarının tasarlanması ile aile merkezli bakımın desteklenmesinde önemli bir aşama kaydedilmiştir. Ayrı odalarda ebeveyni ile birlikte kalan yenidoğan hastanın bakımında karşılaşılan hastane kaynaklı enfeksiyonların azalması, aynı odada birlikte kalan birden fazla hastanın isim benzerliği ya da başka sebeplerle karıştırılmasından kaynaklanan hasta güvenliğini tehdit eden tedavi hatalarının ortadan kalkması öngörülmektedir. Hastaya özel, tekli, aile katılımlı odalar yenidoğan hastanın yoğun bakımın gürültüsünden uzak tutmasını, ailenin yenidoğan yoğun bakım ekibiyle uygun ortamda, sağlıklı-hasta yenidoğanın sağlık sorunlarına özgü iletişim kurmasını sağlayabilir. Hastalığın akut döneminden itibaren bu ortamda bebekleriyle birlikte olması, taburculuk dönemine kadar bebeklerine özgü bakımın her aşamasında bebeğin bakımına katılıp, bakımın temel ilkelerini öğrenmesi, taburculuk sonrası bakımın devamlılığını sağladığı gibi bebeğin bakım ihtiyacının yeterli karşılanmamasına bağlı tekrar yatışların önüne geçilmesini sağlayacaktır (Browne ve Talmi, 2005). Aile merkezli bakım anlayışı ile tasarlanmamış klasik yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin baştan tasarlanması veya özel odalara dönüştürülmesi mümkün olmadığı durumlarda, yöneticiler hastane politikası olarak aile merkezli bakımın amaçlanması ve kurum içinde buna yönelik düzenlemeler yaparak aile merkezli bakımın başarılı bir şekilde uygulanmasını sağlayabilir (Griffin, 2006). Aile merkezli bakım felsefesinin benimsenmesinde, kurum yöneticilerinin öncelikle

yenidoğanın, çocuğun ve adolösanın bakım ve tedavisinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde sağlık profesyonelleri kadar ailenin de söz sahibi olduğunu kabul etmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Berman, 1996). Özellikle pediatri hastanelerinde yöneticilerin aile merkezli bakım felsefesine benimseyerek hastane politikalarının oluşturmasını sağlayabileceği ifade edilmektedir. Bu politikaları oluşturma aşamasında, sağlık profesyonellerinden ve ailelerden oluşturulan bir komisyonun düzenli olarak çalışması önerilmektedir (Craig ve ark., 2015). Bunun yanında oluşturulan politikalarla ilgili hastaların aileleri bilgilendirilmeli, politikalarla oluşan haklarını bilmeleri sağlanmalıdır. Hastane çalışanları da bu felsefeye yönelik oluşturulan politikalar konusunda düzenli olarak bilgilendirilmelidir. Ailelerin yoğun olduğu ünitelerde hastane çalışan sayısı ve hastane iş yükü dağılımları, aile merkezli bakım uygulamalarının yüküne göre planlanmalıdır (Griffin, 2013). Ayrıca hastanede aileler için açık ziyaret politikası geliştirilip, vizit, personel vardiya değişim saatlerinde de sınırlama yapılmaması önerilmektedir. Ailenin istediği her saatte çocuklarının sağlık durumuna yönelik doğru ve eksiksiz bilgi almalarını sağlayan bir sistem işletilmesi vurgulanmaktadır. Ailenin hastanenin bir ziyaretçisi olarak değil, tedavi ve bakım ekibinin bir üyesi olarak görülmesi eğilimi yaygınlaşmaktadır. Çocuklarda ani gelişen acil durumlarda, ani kalp ya da solunum durmasında, resüsitasyon esnasında aile istediği sürece hasta yanında kalmaları sağlanabilir. Çocuğunun sağlık durumunun kötüleştiği durumlarda yanından ayrılmak istemeyen aile bireylerine bütün sağlık çalışanları tarafından duygusal destek sağlanması, streslerinin azaltılması ve iyilik hallerinin yükseltilmesi gerektiği ifade edilmektedir (Meyers, 2000).

Yoğun bakım ünitelerinde çalışma alanlarının dışında ailelerin konforu için özel alanlar oluşturulması önemlidir. Çalışan aile bireylerine ziyaret esnasında öncelik verilmesi, şehir dışından gelen aileler için mutfak, banyo, çamaşırhane ihtiyaçlarını da karşılayacak nitelikte konaklama imkânı sağlanması kritik görülmektedir. Özellikle yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde, emziren ya da süt sağan anneler için uygun beslenme diyeti, süt sağması ya da bebeğini emzirmesi için uygun oda ve ekipmanlar olmalıdır. Yeni doğum yapmış, sezaryen ameliyatı olmuş, nekahat dönemindeki lohusa annenin; mümkünse bebeğiyle anne-bebek odası

adındaki özel odada kalması sağlanabilir. Anne bebek odasının olmadığı durumlarda, annenin bebeğin kaldığı üniteye ulaşımını kolaylaştıracak tekerlekli sandalye, yanına eşlik edecek bir sağlık profesyoneli veya yardımcı destek sunulması gerekmektedir (Johnson ve ark., 2008).

Hastane yöneticileri tarafından üzerinde önemle durulması beklenen diğer bir konu taburculuktur. Hastaneye yatışın belli olmasıyla birlikte ailenin taburculuk kriterleri ile ilgili bilgilendirilmesi, hedeflenen sağlık düzeyiyle ilgili ailenin bilgisinin artması sağlanmalıdır (Craig ve ark., 2015). Erken doğması beklenen (preterm) bebeklerin ya da antenatal dönemde anomalili olduğu belirlenen ve doğum sonrası yoğun bakım ihtiyacı olabilecek bebeklerin aileleri ile doğumdan önce iletişime geçilmelidir. Ailenin yoğun bakım ünitesine davet edilmesi, ünitenin tanıtımının yapılması, hastane ve üniteye oryantasyon için gerekli eğitim ekipmanlarının ve kitapçıklarının sağlanması, çocuğun hastalığına ve karşılaşılması muhtemel sıkıntılara yönelik kısa, öz bilgiler verilmesi gerekmektedir. Örneğin erken doğum yapması planlanan annelere anne sütü ve emzirme, bebek bakımına yönelik temel bilgi ve beceri eğitimleri diğer annelere göre erken dönemde verilmelidir. Hastane yönetiminin hasta çocuğunun her türlü fiziksel ve sosyal bakım ihtiyacını karşılayan, hastane içerisinde bütün yasal ve tıbbi işlemlerin gerçekleşmesi için çaba sarf eden annelerin tükenmişlik sendromunu yaşamalarını önlemek için gerekli destek sistemlerinin sağlanması önemlidir. Bu gibi durumlarda gerekli düzenlemelerin yapılıp, çocuğun bakımında gönüllü kişilerin çalışmasına yönelik politikalar düzenlenebilir ya da hemşire sayısının artırılması sağlanabilir (Cockcroft, 2012).

1.4. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin Genel Özellikleri

Yoğun bakım üniteleri tıbbi tedavi, hasta bakımı ve gözlemi açısından diğer sağlık hizmetleri birimlerinden özellikli olarak ayrılmış, yerleşim açısından nitelikli olarak farklılaşmıştır. Hastaların ihtiyacına göre gerektiğinde yapay sonumun desteği sağlanması için ventilatörler, sıvı volüm dengesinin korunmasında verilecek sıvıların verilmesi için perfüzörlerin, infüzyon pompalarının olduğu, hastanın yaşamsal, nabız,

oksijen - karbondioksit satürasyonu, tansiyon, solunum gibi bulgularını monitörize etmek için monitörlerin olduğu yüksek teknoloji ile donatılmış birimlerdir. Yoğun bakım ünitelerinde çalışanlar ise, ünitenin özelliklerine göre özel eğitilmiş ve donanımlıdır. Yoğun bakıma yatan hastalar yaşamsal bulguları normalden sapsmış, kritik bir sağlık sorunu olan, 24 saat kesintisiz yakın gözlem ve acil müdahale için uygun koşulların sağlandığı birimde olması gereken, bir ya da daha fazla organında ciddi işlev bozukluğu olan hastalardır. Yoğun bakım üniteleri tedavi ve sağlık bakım hizmeti sundukları hasta grubunun niteliklerine göre sınıflandırıldıkları gibi, kuruluş amaçlarına göre de sınıflandırılabilir (Özdemir, 2009). Yenidoğan yoğun bakımında giderek hızlanan teknolojik ve bilimsel gelişmelerle birlikte çok küçük prematürelerin bile yaşaması mümkün hale gelmiştir. Yenidoğan yoğun bakım üniteleri, yaşamsal bulguları stabil olmayan, sürekli hemşirelik bakımına ihtiyacı olan, ileri ve kritik derecede medikal ve cerrahi sorunu olan, invaziv girişimler gerektiren ve özel bakım gerektiren term ve preterm bebeklere özel sağlık bakım ve hizmetinin verildiği yerlerdir (Ergenekon, 2001). 1900'li yılların başında bebek doğumlarının ev ortamından hastane ortamına kaymasıyla birlikte, yeni doğanın doğum sonrası bakımı için hastane içinde bakım alanları ihtiyacı oluştu. Prematüre ya da düşük doğum ağırlıklı doğmuş bebeklerin yaşaması için verilebilecek hastane hizmeti 1970'li yıllara kadar sınırlıyken, o yıllarda yeni doğan yoğun bakım ünitelerinin kurulmasıyla prematüre doğan bebeklerin yaşama şansı da artmıştır (Powers ve Lund, 2005). 1878 yılında Fransa'da yenidoğan bebeklerin bakımında kullanılan ilk kuvözle birlikte yenidoğan bakımda teknolojik gelişmeler hızlanmıştır (Floyd, 2005).

Yenidoğan bakımına ilişkin süreç yüksek riskli yenidoğanlarda doğumhanede başlar. AAP (2007)'e göre, doğumhane alanlarında resüsitasyon ve yenidoğanın stabilizasyonu için uygun ortamın oluşturulması önemlidir. Yenidoğan yoğun bakıma yatışı muhtemel olan bebeklerin resüsitasyonu ve stabilizasyonu için uygun ortamın sağlanması ve yenidoğan yoğun bakım üniteleri doğum salonuyla mümkünse aynı katta olması önemlidir. Doğum salonuyla aynı katta olmayan ünitelere ulaşım için kuvözlerin taşınmasına elverişli sadece transport için kullanılacak asansörler olabilir. Yoğun bakım ünitesine giriş çıkışların kontrol altında olduğu, bebek kaçırılması

riskinin en az olduğu, diğerk bölümlere ünite içerisinden geçişin olmadığı, çalışanların ve ailelerin rahat hareket edebildiğı alanlar olması önemlidir (Couto, 2004; Zenciroğlu, 2005). Ünite içerisinde cihazların rahat kullanımı için uygun genişlikte alanlar olması, her kuvöz veya bebek beşiğı için 11,2 m² kullanım alanı olmakla birlikte lavabo ve yan yollar bu alanlardan ayrı tutulması planlamada dikkate alınabilir. Ayrıca yan yolların genişliğı en az 1,2 metre eninde olması ünite içerisinde kuvöz ve görüntüleme aletleri gibi malzemelerin taşınması için elzemdir. Çok yataklı yoğun bakım alanında bebek kuvözleri veya beşikler arasında en az 2,4 metrelik bir boşluk olması ünite içerisinde rahat çalışmaya olanak sağlayacaktır. Ailelerin üniteye kabulü için ailelerin kullanabileceğı bir karşılama, sekreterlik alanı ve ailelerin özel eşyalarını bırakabileceğı bir dolap ve el temizliğı için bir lavabo bulunması önerilmektedir. Aile bebek bağının güçlenmesi için planlamada en az 14 m² kullanılabilir alana sahip anne bebek odalarına yer verilebilir. Yenidoğan yoğun bakım üniteleri uygun sıcaklıkta 22-26°C, göreceli nem %30-60 oranında, ses şiddetinin ise 50 desibelin altında olması önerilmektedir. Ünitenin dolaylı yollardan doğal gün ışığı alması, bununla birlikte doğrudan hastaların ve kullanılan solüsyonların üstüne güneş ışığı gelmemesi önemlidir. Buna yönelik güneş ışığı alan pencerelerde doğal güneş ışığını bozmayan doğal renkli gölgelikler kullanılabilir. Odaların ışıklandırması 10-600 lüks arasında değişebilir olup, istenildiğı takdirde bebeklerin uyarılmaması ya da invaziv işlemler için rahat görüşü sağlanması için lambaların şiddeti ayarlanabilir olması çalışma kolaylığı sağlayacaktır (Figueiro ve ark., 2001). Ünite içerisinde uygun filtreli havalandırma sistemi, hava ile bulaşabilen enfeksiyonların önlenmesi için ise negatif hava basınçlı izolasyon odaları planlamaya dahil edilmelidir. Her hasta yatağı başında kayıt için kullanıma uygun kayıt alanı, masa olması, hasta başına koyulacak olan monitör, ventilatör, perfizör, infüzyon pompası için uygun ekipmanların olması gerekir. Ayrıca her hasta başında en az üç oksijen, üç hava ve üç vakum jakı aktif çalışır halde olması önemlidir. Her hasta başında en az beş tanesi jeneratör destekli olan en az 20 tane elektrik prizi kesinti anında kullanım için hayati önem taşır. Ünitenin duvarları silinme özelliğı olan, kolay temizlenebilen, ses yalıtımı olan duvarlar olması, tavanı ise asma tavan olmayıp taban tavan yüksekliğı üç metre olması, tavan üniteye partikül dökülmesini

engelleyen uygun boya malzemeleri ile boyanmış olması önerilmektedir (AAP, 2007; American Society for Testing and Materials, 2001; White, 2013).

Yeni doğan yoğun bakım ünitelerinin düzey tanımlamaları her ülkeye göre değişmekle birlikte, her ülkenin kendi düzey tanımlamaları yapması önerilmektedir (Zencirlioğlu, 2005). Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin düzey belirlenmesinde ülkenin, yıllık nüfus artış ve doğurganlık hızı, yenidoğan bebeğin konjenital özelliklerine doğum öncesi ve doğum sonrası ölüm oranları dikkate alındığında I., II., III. ve IV. Düzey veya I, II, IIIA, IIIB, IIIC düzeyleri olabilir. I. Düzey yenidoğan üniteleri; I. Düzey A ve I. Düzey B olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. II. düzey üniteler ventilatör desteği verip vermemelerine göre II. düzey A ve II. düzey B seviyede üniteler olmak üzere ikiye ayrılır. III. Düzey yenidoğan yoğun bakım üniteleri ise doğum ağırlığı ve doğum haftasına göre ; III. Düzey A, III. Düzey B, III. Düzey C olarak üç gruba ayrılır (Dağoğlu ve Görak, 2008).

1.5. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Memnuniyeti

Sağlık hizmetleri insan yaşamında vazgeçilmez bir hizmet olup, ertelenemez ve ikame edilemez bir hizmettir. Bir toplumda sunulan sağlık hizmetlerinin kaliteli olması o toplumda yaşayan insanların sağlıklı bir hayat sürmelerinin yanında toplumun kalkınmışlık düzeyinin ve hayat standartlarının yüksek olduğunun da göstergesidir. Sağlık hizmetlerinde tüketicilerin beklentisinin karşılanması, hizmetin kalitesini belirleyen unsurdur (Güllülü ve ark., 2008). Sağlık kurumlarının tek tüketicisi sadece hastalar değil, sağlık hizmetinin üretilmesi ve sunulması sürecinde, sürece katılan tüm kurum ve kişilerdir (Kısa ve Tokgöz, 2007). Sağlık kurumlarının müşterileri dış ve iç müşteriler başlıkları altında iki ana grupta toplanabilir. İç müşterileri; sağlık kurumunda çalışan veya sağlık kurumu ile organik bir ilişkisi olan kurum sahipleri, kurum ortakları, çalışanları ve danışmanları ve benzerleri oluştururken; dış müşterileri ise sağlık kurumunun temel hizmetlerinden doğrudan ve ya dolaylı olarak yararlanan; hastalar, hasta ailesi ve çevresi, refakatçiler ve ziyaretçiler, devlet ve diğer sağlık kurumları, anlaşmalı kuruluşlar, eczaneler, dernekler, medya, sigorta şirketleri, tıbbi malzeme ve ilaç firmaları gibi kişi ve

kurumlar oluşturmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 292; Kısa ve Tokgöz, 2007). Sağlık kurumları iç ve dış tüm müşterilerinin memnuniyetini yüksek tutma çabası içinde olmalıdır. Memnuniyetin sağlanması ve yükseltilmesinde sağlık kurumları bütün yapı ve süreçlerini müşterinin beklentisi ve istekleri doğrultusunda belirlemelidir (Tengilimoğlu ve ark., 2009: 31). Carr-Hill (1992) memnuniyet kelimesini; “yaşam tarzı, geçmiş olumlu ya da olumsuz deneyimler, beklentiler ve toplumsal değerlerle şekillenene karmaşık bir kavram” olarak tanımlamıştır.

Aile memnuniyeti kapsamının aslında hasta memnuniyetinden ayrılamayacağı söylenebilir. Literatürde konu sağlık hizmetlerinde hasta ve müşteri memnuniyeti olmak üzere iki başlıkta incelenmektedir. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti kavramı ilk kez 1956 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde hemşirelik alanında değerlendirilmiştir. Hastalar; kendi sağlık bakımlarında etkin rol almak, bakıma katılmak ve karar verme sürecinde kendini sağlık profesyoneline teslim etmeyip bilinçli kararlar vererek, sağlık durumlarının ne olduğunu tamamen anlamak istemektedir. Bu nedenle sağlık hizmetinin kalitesi sadece sağlık çalışanlarının belirlediği boyutta görülmemektedir. Donebedian (1992) hasta memnuniyetini; “hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt” olarak tanımlanırken, Greeneich (1993) hasta memnuniyetini “hastanın beklentileri ve aldığı bakımın uyumu” olarak tanımlamıştır. Kavuncubaşı (2000) müşteri memnuniyetini; “müşterilerin beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi” olarak tanımlarken, Altunışık ve arkadaşları (2006); “müşterinin beklentisi, ürün ya da hizmetin müşteriye sağladığı fayda kadar ise müşteri memnun olmakta; beklentisinden fazla bir fayda sağlıyorsa çok memnun olmakta veya fayda beklentisinden daha az ise müşteri memnun olmamaktadır” diyerek memnuniyetin verilen hizmetle kıyaslamayıp, müşterinin beklentisiyle ortaya çıktığını belirtmiştir.

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakım felsefesinin uygulamak için öncelikle ailenin yoğun bakım ünitesinde alacağı hizmetten beklentilerini ve ihtiyaçlarını öncelik sırasına uygun olarak tanımlanmalı ve bu beklenti ve ihtiyaçlar verilen sağlık hizmetine entegre edilmelidir. Ailenin beklenti

ve ihtiyaçlarının öncelik sırasına göre doğru belirlenmesi, ailenin krizle etkili baş etmesini ve yenidoğanın hastaneye yatışına ailenin uyum sağlamasını kolaylaştıracak etkin sağlık hizmeti uygulamalarının geliştirilmesi için son derece önemli bir adımdır. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde bu yönde verilen sağlık bakım hizmetiyle bakımın verildiği evre, aile üzerinde olumlu ya da olumsuz etkiler yaratabilir. Bütün bu oluşan etkiler ise, aile memnuniyetini oluşturur. Aile memnuniyeti; ailenin çocuğa verilen sağlık hizmetinde algılanan olumlu beklentileri yerine getirmek olarak tanımlanmaktadır (McPherson ve ark., 2000). Yılmaz (2001) aile memnuniyetini çeşitli faktörlerden etkilenen karmaşık bir kavram olarak niteleyip, kaliteli hasta bakımının en önemli göstergesi olarak tanımlamıştır.

Sağlık alanındaki teknolojik ve bilimsel gelişmelerle, anne karnındaki fetüsün sağlık durumunu belirlemeye yönelik bir çok tanı, tedavi ve görüntüleme yöntemleri geliştirilmiştir. Bu yöntemlerle fetüsün daha doğmadan sağlık durumu tahmin edilebilmektedir. Yeni doğacak bebeğin genetik geçişli bir hastalığının ya da bedensel bir anomalisinin varlığı, zamanında doğup doğmayacağı, uygun kiloda olup olmayacağı gibi bulgular antenetal dönemde iyi bir izlemle öğrenilebilir hale gelmiştir. Bu gelişmelere paralel olarak neonatoloji alanındaki teknolojik ve bilimsel gelişmelerle yenidoğanın doğumda beklenen yaşam süresi uzamış, prematüre bebeklerin mortalitesi azalmış, erken tanı ve erken müdahale ile çok küçük pretermlere bile yaşama şansı doğmuştur. Bu sebeple bebek daha doğmadan doğum sonrası yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışı olup olmayacağı bilinir hale gelmiş, yenidoğanın hastalığına yönelik tedavi sürecine mümkün olan en kısa sürede başlanması fırsatı doğmuştur. Yenidoğan yoğun bakım ihtiyaı olan bebek sayılarında artış meydana gelmesi, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde kalite değerlendirmelerinin önem kazanmasına olanak tanımıştır. Değerlendirme ölçütlerini önceleri mortalite hızı, yatış süresi, yatak devir hızı gibi kriterler oluştururken, pediatrik hasta bakımında aile merkezli bakımının benimsenmesiyle yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde aile memnuniyeti de önemli bir kalite göstergesi olarak değerlendirilir olmuştur. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların sözel ifade yeteneğinin olmaması, bununla birlikte yoğun bakım hastalarının çoğunlukla sedatize olması nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde memnuniyetin

değerlendirilmesinde aile memnuniyetinin değerlendirilmesi etkili bir yöntem olarak benimsenmiştir (Hunziker ve ark., 2012). Bunun yanında yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların sağlıkları ile ilgili kararları vermede ebeveynlerin yükümlü olması ailede ciddi ruhsal yük oluşturmaktadır. Aile merkezli bakım felsefesi ile aileyle oluşturulacak etkin ve sağlıklı bir iletişim ailenin ruhsal yükünü hafifletmekte, ailenin sağlık personeline olan güvenini artırmakta, psikolojisini olumlu yönde etkilemekte ve aile memnuniyetini artırmaktadır. Bu nedenle yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde etkin ve sağlıklı bir iletişimin ve aile memnuniyetinin sağlanması verilen bakımın kalitesini belirlemekte önemli bir basamağı oluşturmaktadır (Kodali ve ark., 2014).

1.6. Aile Memnuniyetinin Değerlendirilmesine Yönelik Çalışmalar

Aile memnuniyetinin değerlendirilmesi ile ilgili yapılan çalışmalar kalitatif (nitel), kantitatif (nicel) çalışmalar olarak iki ana başlık altında incelenebilir. Kalitatif çalışmalarda; odak grup görüşmesi, gözlem, video kayıtları, veri toplamada kullanılan yöntemlerdir. Hastanede yüzyüze yapılan, evde ya da hastanede hasta tarafından cevaplanan anketler, posta ile gönderilen anketler, anket kullanılarak yapılan telefon görüşmeleri ise kantitatif çalışmalarda kullanılan veri toplama yöntemleridir (Ford ve ark., 1997'den aktaran Kavuncubaşı 2000). Yapılan çalışmalarda aile memnuniyetini ölçmede en sık kullanılan veri toplama yönteminin anket olduğu görülmüştür. Erişkin yoğun bakım ünitelerinde aile memnuniyeti değerlendirme çalışmaları nispeten daha eskidir. Erişkin hasta ve hasta yakını memnuniyeti ile ilgili geniş bir literatür ile, memnuniyeti ölçmede kullanılan bir çok geçerliliği ve güvenilirliği yüksek olan ölçek bulunmaktadır. Ancak literatür taramalarında pediatrik ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde aile memnuniyeti üzerine yapılan çalışmaların çok kısıtlı ve memnuniyeti ölçmede kullanılan ölçeklerin çok yeni olduğu görülmektedir (Dall'Oglio ve Gawronski, 2017). Aile memnuniyeti kavramı çok boyutlu bir kavramdır. Pediatrik aile memnuniyet ölçeklerinde karşılaşılan bir çok alt boyuta yenidoğan hasta aile memnuniyeti ölçeklerinde de rastlanmaktadır. Conner ve arkadaşlarının 1999 yılında OVID arama motorunda hasta memnuniyeti, tüketici memnuniyeti ve aile memnuniyeti terimlerini

kullanarak yaptıkları bir derleme çalışmasında konuyla ilgili pediatrik ve yenidoğan hasta ve hasta yakını ile alakalı 55 çalışma bulmuşlardır. Bu çalışmalarda konuyla ilgili yenidoğan yoğun bakım hastalarına yönelik aile memnuniyeti anketlerinde 11 alt boyut tanımlandığını ifade etmişlerdir. Bu alt boyutlar; güven, bakım, tutarlı bilgi, eğitim, taburculuk sonrası bakım, çevre, ağrı yönetimi, katılım, refakat ve destek olarak belirlenmiştir. Bu alt boyutların bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olan ailelerin gereksinimlerini açıklamakta yeterli olduğu öne sürülmektedir (Conner ve ark., 1999). Bu çalışmada Türkçe uyarlaması yapılacak ölçekte de bu boyutlar yer almaktadır. Boyutlara ilişkin detaylı açıklamalar aşağıda verilmektedir.

- **Güven:** Aile memnuniyeti değerlendirme ölçeklerinin geliştirilme aşamasında yenidoğan hasta yakınları tarafından, kuruma ve sağlık çalışanlarına güven duymanın önemli bir faktör olduğu bildirilmiştir (Mitchell-Dicenso ve ark., 1996)

- **Bakım:** Mitchell-Dicenso ve arkadaşlarının (1996) yaptığı çalışmada sempatik yaklaşımlı konuşma ve dinleme kabiliyeti yüksek, ulaşılabilir ve ailelerin daha iyi hissetmesi için çabalayan bakım kabiliyeti yüksek sağlık profesyonellerinin aile memnuniyetini yükselten bir algı yarattığını bildirilmiştir.

- **İletişim ve Bilgilendirme:** Yenidoğan hastanın aile memnuniyeti değerlendirmesi çalışmalarının en vazgeçilmez ögesidir. Yenidoğan yoğun bakım hastasının aileleri; kendilerine konuşma, duygularını açığa çıkarma, daha çok bilgi alma ve çocuklarının tanısını öğrendiklerinde tanı hakkında daha çok tartışabilme fırsatının tanınmasını beklemektedir. Ayrıca aileler, daha önce aynı deneyimleri yaşamış ailelere yönlendirilip; o ailelerle iletişime geçmek istemektedir. Yapılan çalışmalarda çocuğunun tanısını doğumdan önce ya da doğumla birlikte öğrenen ailelerin memnuniyetinin, çocuğunun tanısını doğumdan daha sonra öğrenen ailelere göre yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca çocuğunun hastalık tanısının açık, güvenli ve sempatik bir iletişimle açıklandığı ailelerin daha çok memnun kaldığı saptanmıştır (Harrison, 1993; Quine ve Rutter, 1994; Jacano ve ark., 1990).

- **Tutarlı Bilgi:** Stewart'ın 1991 yılında 171 yenidoğan yoğun bakım hasta ailesiyle yaptığı çalışmada; katılımcıların %9'u çalışanlar arasında bebeklerinin bakımı ile ilgili konularda tutarsız bilgiler verildiğini, %26'sı anne sütü ile besleme konusunda tutarsız bilgiler verdiğini raporlamıştır. Ancak bu çalışma tutarsız verilen bu bilgilerin hasta aile memnuniyetini etkileyip etkilemediğini açıklamamıştır (Stewart, 1991).

- **Eğitim:** Ailelere taburculuk sonrası bebeklerine evde verilecek bakımın öğretilmesi aileler için büyük anlam ifade etmektedir. Yapılan bir çalışmada ailelerin %39'u eğitimin yetersiz olduğunu algılamak, eğitim alan ailelerin %94'ü taburculuk için hazır olduklarını ve aldıkları yenidoğan yoğun bakım hizmetinden tamamıyla memnun olduklarını ifade etmiştir (Stewart, 1991).

- **Çevre:** Aileler en çok yemek yeme, dinlenme gibi ihtiyaçlarını karşılayabilecekleri fiziksel bir çevreye gereksinim duyduklarını iletmışlerdir. Bazı ailelerde dinlenmek için sessiz bir ortam, bir bekleme alanı ya da gece konaklamak için bir mekana ihtiyaçları olduğunu iletmışlerdir. Kalite iyileştirme çalışmalarında yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin tasarımı bu ihtiyaçlara yönelik olmalıdır. Bazı aileler yenidoğan yoğun bakım ünitesinin atmosferini gürültülü, rahatsız edici derecede parlak ışıklı, kullanışsız, acı dolu ve merhametsiz yerler olarak tanımlamıştır (Baas, 1991; Blackington ve McLauchlan, 1995; Harrison, 1993).

- **Taburculuk Sonrası Bakım:** Bir çok aile taburculuk sonrası çocuklarının kontrolleri ve gelişim değerlendirmeleri için gidebilecek servisleri bulmakta zorluk çektiklerini iletmıştır. Bunun yanı sıra taburculuk sonrası evde ziyaret yapılmayan aileler kendilerini korunmasız hissettiklerini bildirmişlerdir (Stewart, 199; Harrison, 1993).

- **Ağrı Yönetimi:** Yenidoğanın invaziv işlemler sırasında ağrısının etkin yöntemlerle giderilmemesi ailelerin en büyük memnuniyetsizlik sebeplerinden birisi olarak bulunmuştur (Harrison, 1993).

- **Katılım:** Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde ailenin bakıma, tedavi ve bakımda karar verme sürecine aktif katılması ailenin memnuniyetini artıran bir faktördür. Aileler çocuklarına uygulanacak tedavi kararına katılmak istemektedirler. Bununla birlikte bebeklerinde yüksek ölüm oranının ve yaşamla bağdaşmayan sağlık sorunlarının olduğu durumlarda, agresif tedavinin uygulama kararını vermeleri için kendilerine fırsat tanınmasını bekledikleri bulunmuştur (Charney, 1990; Harrison, 1993; Able-Boone ve ark., 1989; Baas 1991).

- **Refakat:** Aileler bebeklerinin yenidoğan yoğun bakıma yatma sürecinde onlarla birlikte hastanede kalma ihtiyacı duyarlar (Baas 1991; Blackington ve McLauchlan 1995).

- **Destek:** Aileler bebeklerinin sağlık durumunun iyi olmadığını, yenidoğan yoğun bakımda yatacağını öğrendikleri andan itibaren fiziksel, duygusal ve ruhsal destek arayışlarına girmektedir. Bu dönemde aileler duygularını açığa vurma ihtiyacı duyabilirler. Sağlık profesyonelleri tarafından önemsenme, kabul edilme ve onlarla konuşma ihtiyacı hissettikleri vurgulanmaktadır (Baas 1991; Blackington ve McLauchlan 1995; Jacano ve ark., 1990).

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin karmaşık yapısında aile memnuniyetini değerlendirmede geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış aile merkezli bakım felsefesine dayanan ölçekleri kullanmak gereklidir. Aile merkezli bakım anlayışıyla sağlık hizmetinin sunulması ve sonrasında bu bakımın aile merkezli bir bakım anlayışıyla değerlendirilmesi için bir ölçeğin geliştirilmesi çok önemlidir. Teorik çerçevesi iyi çizilmemiş ölçeklerle aile memnuniyetini değerlendirmek, değerlendirmede yanılgıyı ve önyargıyı beraberinde getirmesi ihtimali yüksektir (Dall'Oglia ve Gawronski, 2017). Literatürde aile merkezli bakım felsefesi ile geliştirilmiş bir çok aile memnuniyeti ölçeği vardır. Conner ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları tarama çalışmasında ortaya çıkan 5 yenidoğan aile memnuniyet ölçeğinin geçerliliğinin test edilmediği ve bununla birlikte ölçeklerin tam olarak aile memnuniyetini ölçemediğini bildirmişlerdir. Butt ve arkadaşlarının 1990 ve 2011 yılları arasında yayınlanmış 12 memnuniyet ölçeğini derlediği çalışmalarında,

ölçeklerin bir çoğunun psikometrik özelliklerden yoksun olduklarını bildirmişlerdir (Butt ve ark., 2013). Dall'Oglio ve ve Gawronski'nin (2017) yayınladıkları derlemede Ocak 2006 ve Mart 2016 yıllarında yayınlanmış olan 11 aile memnuniyet ölçeğini aile merkezli bakım boyutlarını içermeleri ve geçerlilik güvenilirlik çalışmalarına göre değerlendirilmiştir. Bu derlemede, 11 ölçeğin sadece 2 tanesinin (Hagen ve ark., 2015; Latour ve ark., 2012) aile merkezli bakım felsefesinin tüm prensiplerini içerdiğini ve geçerlilik güvenilirlik çalışmalarının yapıldığını ve yüksek olduğunu belirtilmiştir.

Türkiye'de hasta çocukların ebeveynlerinin memnuniyet düzeyini belirleyen sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Ancak yenidoğan yoğun bakımda tedavi olmakta olan bebek hastaların ebeveynlerinin memnuniyet düzeyini belirleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın yapılabilmesi için Avrupa'da geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş olması, aile merkezli bakım felsefesinin tüm prensiplerini içermesi ve ölçek madde sayısının diğer alternatif ölçeğe (Hagen ve ark., 2015) göre az sayıda olması nedeniyle Empowerment of Parents in the Intensive Care-Neonatology (EMPATHIC-N) (Latour ve ark., 2012) ölçeği kullanılmıştır. Hasta ve hasta yakını memnuniyetinin belirlenmesi ile sonuçlar bakım kalitesinin yükseltilmesinde, hizmet kalitesinin yükseltilmesinde kullanılabilir.

Ebeveyn memnuniyet ölçümlerinin amacı ne yalnızca diğer kurumlarla kıyaslama için bir kriter aracı olmalı, ne de sağlık profesyonellerinin kendilerini yüceltmeleri için bir araç olmalıdır. Hastanın memnuniyeti üzerindeki çalışmalarda daha çok bakımın değerlendirildiği; bunun yanı sıra hasta ve hasta yakınları tarafından algılanan bakıma yeterince önem verilmediği ileri sürülmektedir (Thomas ve Bond, 1996). Oysa ki memnuniyete artı değer katan faktör, kalitenin gelişmesini sağlayan buluşların geliştirilmesini yönetebilme kabiliyeti olarak tanımlanmaktadır (Latour ve ark., 2005).

Bu çalışmanın amacı; yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olan hastaların ebeveynleri tarafından algılanan aile merkezli bakım uygulamalarının

geliştirilmesi amacıyla, Türkçe literatüre ebeveyn memnuniyet ölçeği kazandırmaktır.



2. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde; araştırmanın amacı, evren ve örnekleme, veri toplama yöntemi, verilerin analizi, sınırlılıklar, varsayımlar, izinler gibi başlıklara yer verilmiştir.

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olan bebeklerin ebeveynleri tarafından algılanan aile merkezli bakım uygulamalarının geliştirilmesi amacıyla, Türkçe literatüre ebeveyn memnuniyet ölçeği kazandırmak; orijinali Hollandaca olan Empowerment of Parents in the Intensive Care-Neonatology (EMPATHIC-N), (Yenidoğan Yoğun Bakımda Ebeveynlerin Güçlendirilmesi: EMPATHIC-N Ölçeği) isimli ölçeğinin Türkçe'ye uyarlamasının sağlanması ve ölçeğin geçerlilik güvenirlik çalışmasının yapılmasıdır.

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evreni; araştırmanın yapıldığı Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olan bebeklerin ebeveynleridir. Araştırmaya 15 Mayıs 2018 – 15 Haziran 2019 tarihleri arasında hastanenin yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde en az 24 saat yatmış bebeklerin ebeveynlerinden araştırmaya katılmayı kabul edenler dahil edilmiştir. Ölçek uygulanmaya başladıktan 3 ay sonra hastanenin yenidoğan yoğun bakım ünitelerinden biri tadilat için kapatılmıştır. Bu nedenle toplamda 40 yatak kapasiteli yoğun bakım ünitelerinin kapasitesi 18 yatağa düşmüştür. Prematüre yoğun bakım bölümünde kalan bebeklerin hastanede kalış sürelerinin uzun olması nedeniyle yatak devir hızı düşmüş, taburculuk sayısı azalmış dolayısıyla örneklem sayısına ulaşmakta zorluk çekilmiştir. Ölçek; Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinden hizmet alan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan toplam 134 ebeveyne uygulanmıştır. Yoğun bakım

ünitesinden 24 saatini doldurmadan taburcu olan hastaların ebeveynleri ve yoğun bakım ünitesinde tedavi gördüğü süre içerisinde vefat etmiş hastaların ebeveynleri çalışmaya dahil edilmemiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Ölçeğin uygulanacağı ebeveynlerden en az birinin Türkçe okur yazar olması,
- Yenidoğanın yaşamla bağdaşmayan konjenital bir anomalisinin olmaması,
- Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde hastanın 24 saatten önce taburcu olmaması olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynlere ait demografik veriler Çizelge 2.1.'de verilmiştir. Araştırmaya katılıp ölçeğin uygulandığı ebeveynlerin %91'i annelerdir. Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören çocukların yarısından fazlası 36-41 hafta aralığında dünyaya gelmişlerdir. Ailelerin büyük çoğunluğu (%87) ilk kez yoğun bakım ünitesinde çocuklarını tedavi ettirmektedir. Ailelerden 19'nun (%14) ikiz bebekleri yoğun bakım ünitesinde tedavi görmüştür.

Çizelge 2.1. Ebeveyn demografik özellikleri.

(n:134)		n	%
Anketi dolduran	Anne	122	91,00
	Baba	4	3,00
	Anne ve Baba	8	6,00
Çocuğun doğum haftası	25-30	22	16,40
	31-35	44	32,80
	36-41	68	51,00
Daha önce yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi olma durumu	Hayır	116	87,00
	Evet, yine bu hastanede	11	8,00
	Evet, başka bir hastanenin yoğun bakım ünitesinde	7	5,00
Çoğul gebelik durumu	Yok	115	86,00
	İkiz	19	14,00

2.3. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı

Araştırmada verilerin toplanması için birincil veri toplama yöntemlerinden anket yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen genel bilgi formu ve Latour ve arkadaşları tarafından (2012) geliştirilen EMPATHIC-N Ölçeği'nin (Ek-1) Türkçe dil geçerliliği ve uyarlaması tamamlandıktan sonra “Yenidoğan Yoğun Bakımda Ebeveynlerin Güçlendirilmesi: EMPATHIC-N Ölçeği” adı altında oluşturulan ölçek kullanılarak toplanmıştır (Ek-2).

Araştırmanın verileri EMPATHIC-N ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışmalarına başlamadan önce, ölçek sahibi ile iletişim kurularak orijinal ölçeğin Türkiye’de kullanım izni alınmıştır (Ek-3). Ölçeğin uyarlama çalışması ölçek sahibini iletmış olduğu uyarlama yönergesi doğrultusunda yapılmıştır (Ek-4). Verilerin toplanma süreci devam ederken, ölçek sahibi Türkiye’den bir araştırmacıya daha izin verdiğini elektronik posta ile bildirmiştir (Albayrak, 2018).

Hollanda’da 30 yatak kapasiteli bir yenidoğan yoğun bakım ünitesinde geliştirilen, 57 değerlendirme maddeli EMPATHIC-N Ölçeği; bilgi, bakım ve tedavi, ebeveyn katılımı, organizasyon, profesyonel tutum adı altında beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ebeveynler bu ölçeği kendileri okuyup işaretleyerek doldurabilmektedirler. Ölçek “Hiç katılmıyorum” – “Tamamen katılıyorum” arasında 6’lı likert tipinde hazırlanmış olup, her bir alt öge için ‘geçerli değil’ seçeneği bulunmaktadır. ‘Hiç katılmıyorum’ seçeneği 1 puanı; en düşük memnuniyet derecesini gösterirken “Tamamen katılıyorum” seçeneği 6 puanı; en yüksek memnuniyet derecesini göstermektedir. Her bir alt boyutun puanı ‘Geçerli değil’ (0 puan) seçenekleri çıkartıldıktan sonra alınan ortalamalar ile hesaplanmaktadır. Ölçekte 5 puanın altında alınan her puan o maddede belirtilen ifade için memnuniyetsizliği göstermektedir. Ölçek maddelerinde puanların artmasıyla memnuniyet düzeyi artmakta, azalmasıyla ise memnuniyet düzeyi azalmaktadır. Çizelge 2.1.’de ölçeğin orijinal sahibi tarafından yapılmış orijinal çalışmada coronbach alpha değerleri verilmektedir (Latour ve ark., 2012).

Çizelge 2.2. Yenidoğan Yoğun Bakımda Ebeveynlerin güçlendirilmesi; EMPATHIC-N ölçeği alt puan değerleri

BOYUT	ORTALAMA	STANDART SAPMA	CRONBACH α
BİLGİ (12)	5,26	0,69	0,86
BAKIM VE TEDAVİ (17)	5,45	0,57	0,91
EBEVEYN KATILIMI (8)	5,32	0,78	0,85
ORGANİZASYON (8)	5,37	0,61	0,82
PROFESYONEL TUTUM (12)	5,50	0,58	0,90

2.3.1. Ölçeğin Türkçe Uyarlama Çalışmaları

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışmaları kapsam ve dil ile yapı geçerliliği olmak üzere iki başlıkta verilmektedir. Uyarlama çalışmaları ölçek sahibinin yönergesi (Ek-4) ve ISPOR (The translation and cultural adaption group of the international society for pharmacoeconomics and out come research) talimatları doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.

Yenidoğan Yoğun Bakımda Ebeveynlerin Güçlendirilmesi: EMPATHIC- N ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışmalarına başlamadan önce, ölçek sahibi ile iletişim kurularak orijinal ölçeğin Türkiye'de kullanım izni alınmıştır. Bu izinle birlikte ölçek sahibi tarafından ölçeğin tam metninin son hali ve ölçeğin değerlendirme protokolü araştırmacıya iletilmiştir. Ölçeğin dil ve kapsam geçerliliği için ISPOR'un on adımlık çeviri ve kültürel adaptasyon rehberi kullanılmıştır (Wild ve ark., 2005). Bu on adımda yapılan uygulamalar aşağıda sıralanmıştır:

- Hazırlık: Bu adımda ölçek sahibinden izin alınıp, gerekli isim ve telif hakları ihlali yapılmamıştır. Ölçek sahibinin konu ile ilgili yapmış olduğu çalışmalar araştırılmıştır.
- Ölçeğin hedef dil Türkçe'ye çevrilmesi: Ölçek birbirinden bağımsız, alanında uzman 3 dil bilim uzmanı tarafından orijinal dilinden Türkçe'ye çevrilmiştir. Birinci çevirmen hem Türkçe'yi hem de Hollandaca'yı anadili olarak

kullanan Hollanda’da yaşayan bir çevirmen, ikinci çevirmen; bir tercüme ofisinde çalışan yeminli tercüman, üçüncü çevirmen ise; bir üniversitede Hollanda Dili ve Edebiyatı üzerine eğitim veren öğretim görevlisidir.

- **Uzlaşma:** Bu aşamada iki tane yenidoğan yoğun bakım uzmanına ve bir tane yenidoğan yoğun bakım sorumlu hemşiresine üç farklı çevirmen tarafından hedef dil çevirisi yapılan ölçeklerin üçü de değerlendirilmeleri için verilmiştir. Alanında uzman bu üç kişi öncelikle bireysel olarak çevirileri değerlendirip sonrasında birlikte görüşlerini belirterek çevirileri tek tek değerlendirmişlerdir. Üzerinde uzlaştıkları bütün ölçek maddeleri ile ölçek çevirisi tamamlanmıştır. İmlâ ve yazım hatalarının kontrolü sağlanmıştır.

- **Geri Çeviri:** Bu aşamada uzlaşması sağlanmış ölçek çevirisi hedef dili ve ölçeğin orijinal dilini akıcı bir şekilde konuşan ve anadili hem Türkçe hem Hollandaca olan biri tarafından tekrar Hollandaca’ya çevrilmiştir.

- **Geri Çevirinin Gözden Geçirilmesi:** Hollandaca’ya tekrar çevirisi yapılan ölçek orijinal kaynak ölçekle uyumluluk, benzerlik açısından değerlendirilmiştir. Orijinal kaynak ölçek ile aslına uyumlu olduğu görülmüştür.

- **Uyumlaştırma:** Geri çevirinin gözden geçirilmesinden sonra neonatoloji alanında uzman iki öğretim görevlisi, iki yeni doğan yoğun bakım uzmanı doktor ve bir sorumlu hemşire tarafından çeviri ölçek tekrar dil birliği ve anlam farklılıkları açısından sağlık çalışanı gözüyle tekrar değerlendirilmiş, farklı bir görüş ya da öneri olmamıştır.

- **Bilişsel Çözümleme:** Hedef dile çevrilen ölçek araştırmaya katılmayı kabul eden 10 ebeveyne pilot uygulaması yapılmıştır. Bu 10 ebeveyne araştırmanın amacı ve uygulama aşamaları kısaca anlaşılır bir biçimde özetlenmiş, ölçek uygulanmıştır. Uygulama sonrası sözel geri bildirim vermeleri beklenmiştir.

- **Bilişsel Çözümleme Sonrası Değerlendirme:** Pilot çalışma sonrası katılımcı ebeveynlerden herhangi bir olumsuz geri bildirim gelmemiştir.

- Son Okuma: Daha önce ölçeğin hiç bir çevirisini görmemiş bir hemşire ve bir yenidoğan yoğun bakım uzmanına ölçek imlâ hataları, noktalama işaret hataları, okuma hataları yönünden kontrol edilmesi için verilmiştir. Bazı imlâ hataları düzeltilmiştir. Ölçeğin madde işaretlemesi yapılırken kayma yapılması ihtimaline karşılık tavsiyeleri üzerine maddeler renkli satırlarla birbirinden ayrılmıştır.

- Son Raporlama: Ölçeğin dil ve kültürel adaptasyon uyarlaması aşamasında bütün veriler kaydedilmiş; ölçek yenidoğan yoğun bakımda yatmakta olan hastaların ebeveynlerinin memnuniyetini ölçmek üzere hazır hale getirilmiştir.

2.4. İzinler

Bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yapılmış olup; öncelikle araştırmanın yürütülmesi için ilgili hastaneden izin yazısı alınmıştır (Ek-5). Araştırmanın etik kurul izni için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik kuruluna başvurulmuş olup, etik kurul izni alınmıştır (Ek-6). Çalışmaya katılan ebeveynlerden aydınlatılmış onam formu alınıp, gönüllülük esas kılınmıştır (Ek-7). Sonuçların sadece bilimsel amaçlar için kullanılacağı bildirilmiştir.

3. BULGULAR

Bu bölümde araştırmada elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

3.1. Ölçeğin Kapsam Geçerliliği Çalışması

Ölçek oluşturma veya uyarlama çalışmalarında araştırmacılar çoğunlukla üzerinde çalışmak istedikleri değişkenleri kestirebilmek için ölçeklere ulaşamamaktadırlar. Bir değişken tanımlandıktan ve nasıl elde edilebileceği belirlendikten sonra kapsam geçerliliği ölçeğin geliştirilmesinde bir sonraki aşamadır ve bu aşamada alan uzmanları ölçeğin kuramsal anlamda ölçmeyi amaçladığı değişkeni ne oranda yansıttığına ilişkin ortak bir görüş belirtmektedir. Uzmanlar arasında bulunan yüksek oranda tutarlılık kapsam geçerliği için bir kanıt olarak kullanılmaktadır (Slocumb ve Cole, 1991).

Bu çalışmada ölçeğinin kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi için görüş almak üzere 56 uzmana ulaşılmıştır. Uzmanlara bu amaçla hazırlanmış "Yenidoğan Yoğun Bakımda Ebeveynlerin Güçlendirilmesi: EMPATHIC-N Ölçeğinin Kapsam Geçerliliği Analizi Çalışması" adlı form sunulmuştur (Ek-8). Kapsam geçerliği için görüşü alınan 56 uzmanın özellikleri incelendiğinde; 22 tane yenidoğan yoğun bakım hemşiresinin (%39,3), 22 tane yenidoğan uzmanının (%39,3) ve 12 tane pediatri uzmanının (%21,4) ölçek ile ilgili görüş belirtmiş olduğu görülmektedir (%39,3). Araştırmaya katılan 22 tane yenidoğan uzmanından 14'ü uzman doktor, 1'i doktor öğretim üyesi, 6'sı doçent doktor ve 1'i ise profesör doktor ünvanına sahiptir. Eğitim durumu açısından uzmanların %34'ü lisans, %34'ü yüksek lisans ve %32'si ise doktora mezunudur. Yenidoğan yoğun bakım biriminde ise, hemşirelerin ortalama 6,27 yıl, pediatri uzmanlarının 2 yıl, yenidoğan uzmanlarının ise ortalama 7,29 yıl çalışma tecrübeleri bulunmaktadır. Bu bilgiler ışığında araştırmaya katılan uzman grubunun, ilgili ölçeğin kapsam geçerliliğini değerlendirecek yeterli düzeyde eğitiminin ve tecrübesinin olduğu söylenebilir. Uzmanların demografik özellikleri Çizelge 3.1.'de verilmiştir.

Çizelge 3.1. Araştırmaya katılan uzmanların demografik özellikleri.

		n	%	Yenidoğan Yoğun Bakımında Deneyim Süresi (Yıl)
Görev ya da Unvan	Hemşire	22	39,3	6,27
	Pediatric Uzmanı	12	21,4	2
	Toplam Yenidoğan Uzmanı	22	39,3	7,59
	• Uzman	14	25,0	6,2
	• Dr. Öğr. Üyesi	1	1,8	10
	• Doç. Dr.	6	10,7	10,5
	• Prof. Dr.	1	1,8	16
Eğitim Durumu	Lisans	19	34,0	
	Yüksek Lisans	19	34,0	
	Doktora	18	32,0	

Uzmanların her birine ölçeğin kapsam geçerliliği analizi için her bir maddeyi maddeyi “ölçekle alakalı bir madde midir “ sorusuna yönelik değerlendirmesini ve dilerse maddeye ilişkin görüşünü açıklaması istenmiştir. Uzmanlar tarafından her bir madde; 1 puan “çok alakasız”, 2 puan “alakasız”, 3 puan “ne alakalı ne alakasız”, 4 puan “alakalı”, 5 puan “çok alakalı”, şeklinde puanlanmıştır. Her bir maddenin uzmanlar tarafından değerlendirme sonuçları Çizelge 3.2.’ de verilmiştir.

Çizelge 3.2. Her bir maddenin uzmanlar tarafından değerlendirme betimsel sonuçları.

Maddeler	En düşük	En yüksek	Ortalama	Standart Sapma
BİLGİ 1	4	5	4,73	±,447
BİLGİ 2	3	5	4,68	±,543
BİLGİ 3	3	5	4,57	±,599
BİLGİ 4	3	5	4,55	±,601
BİLGİ 5	4	5	4,66	±,478
BİLGİ 6	3	5	4,61	±,528
BİLGİ 7	3	5	4,61	±,562
BİLGİ 8	2	5	4,29	±,731
BİLGİ 9	3	5	4,5	±,661
BİLGİ 10	3	5	4,48	±,660
BİLGİ 11	3	5	4,63	±,558
BİLGİ 12	3	5	4,64	±,520
BAKIM VE TEDAVİ 1	2	5	4,36	±,749
BAKIM VE TEDAVİ 2	3	5	4,54	±,631
BAKIM VE TEDAVİ 3	2	5	4,61	±,652
BAKIM VE TEDAVİ 4	2	5	4,46	±,713
BAKIM VE TEDAVİ 5	3	5	4,68	±,543
BAKIM VE TEDAVİ 6	3	5	4,54	±,602
BAKIM VE TEDAVİ 7	4	5	4,77	±,426
BAKIM VE TEDAVİ 8	1	5	4,41	±,804
BAKIM VE TEDAVİ 9	3	5	4,64	±,554
BAKIM VE TEDAVİ 10	3	5	4,61	±,528
BAKIM VE TEDAVİ 11	1	5	4,52	±,786
BAKIM VE TEDAVİ 12	1	5	4,38	±,822
BAKIM VE TEDAVİ 13	1	5	4,38	±,843
BAKIM VE TEDAVİ 14	1	5	4,55	±,711
BAKIM VE TEDAVİ 15	3	5	4,54	±,602
BAKIM VE TEDAVİ 16	4	5	4,82	±,386
BAKIM VE TEDAVİ 17	3	5	4,68	±,543
EBEVEYN KATILIMI 1	2	5	4,29	±,825
EBEVEYN KATILIMI 2	3	5	4,57	±,628
EBEVEYN KATILIMI 3	2	5	4,63	±,620
EBEVEYN KATILIMI 4	1	5	3,96	1±,144
EBEVEYN KATILIMI 5	3	5	4,63	±,558
EBEVEYN KATILIMI 6	2	5	4,57	±,628
EBEVEYN KATILIMI 7	4	5	4,82	±,386
EBEVEYN KATILIMI 8	3	5	4,79	±,456
ORGANİZASYON 1	2	5	4,55	±,658
ORGANİZASYON 2	1	5	4,63	±,776
ORGANİZASYON 3	2	5	4,55	±,711
ORGANİZASYON 4	1	5	4,3	±,807
ORGANİZASYON 5	2	5	4,43	±,759
ORGANİZASYON 6	2	5	4,57	±,657
ORGANİZASYON 7	2	5	4,41	±,682
ORGANİZASYON 8	2	5	4,41	±,757
PROFESYONEL TUTUM 1	3	5	4,46	±,631
PROFESYONEL TUTUM 2	1	5	4,3	±,807
PROFESYONEL TUTUM 3	3	5	4,59	±,596
PROFESYONEL TUTUM 4	4	5	4,64	±,483
PROFESYONEL TUTUM 5	3	5	4,64	±,520
PROFESYONEL TUTUM 6	2	5	4,43	±,684
PROFESYONEL TUTUM 7	2	5	4,34	±,769
PROFESYONEL TUTUM 8	2	5	4,54	±,687
PROFESYONEL TUTUM 9	3	5	4,63	±,524
PROFESYONEL TUTUM 10	3	5	4,3	±,737
PROFESYONEL TUTUM 11	3	5	4,64	±,520
PROFESYONEL TUTUM 12	2	5	4,52	±,660
GENEL DENEYİM 1	3	5	4,75	±,477
GENEL DENEYİM 2	4	5	4,8	±,401
GENEL DENEYİM 3	3	5	4,75	±,477

3.2. Uzman Görüşlerine Göre Ölçeğin Güvenilirlik Analizi

Uzman görüşleri doğrultusunda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı olan cronbach'ın α değeri hesaplanmış ve bütün ölçek için değeri ,955 bulunmuştur. Bütün ölçek için madde-toplam istatistikleri çizelgesi hazırlanmış (Çizelge 3.3) ve her bir madde çıkarıldığında cronbach α değeri hesaplanmıştır. Herhangi bir maddenin çıkarılması sonucunda cronbach α değerlerinde ciddi bir farklılaşma gözlemlenmemiştir.

Çizelge 3.3. Madde-toplam istatistikleri.

Ölçek alt boyutları	Madde silindiğinde ölçek ortalaması	Madde silindiğinde ölçek variansı	Düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach α
BİLGİ 1	253,82	385,24	0,353	0,954
BİLGİ 2	253,88	381,748	0,452	0,954
BİLGİ 3	253,98	380,563	0,459	0,954
BİLGİ 4	254	378,218	0,559	0,954
BİLGİ 5	253,89	381,697	0,52	0,954
BİLGİ 6	253,95	378,743	0,613	0,953
BİLGİ 7	253,95	377,943	0,612	0,953
BİLGİ 8	254,27	374,454	0,588	0,953
BİLGİ 9	254,05	377,833	0,52	0,954
BİLGİ 10	254,07	374,613	0,649	0,953
BİLGİ 11	253,93	378,395	0,595	0,954
BİLGİ 12	253,91	380,446	0,538	0,954
BAKIM VE TEDAVİ 1	254,2	376,379	0,506	0,954
BAKIM VE TEDAVİ 2	254,02	377,545	0,558	0,954
BAKIM VE TEDAVİ 3	253,95	377,797	0,529	0,954
BAKIM VE TEDAVİ 4	254,09	377,646	0,487	0,954
BAKIM VE TEDAVİ 5	253,88	381,675	0,456	0,954
BAKIM VE TEDAVİ 6	254,02	379,036	0,522	0,954
BAKIM VE TEDAVİ 7	253,79	382,099	0,562	0,954
BAKIM VE TEDAVİ 8	254,14	373,47	0,564	0,954
BAKIM VE TEDAVİ 9	253,91	380,737	0,49	0,954
BAKIM VE TEDAVİ 10	253,95	379,543	0,574	0,954
BAKIM VE TEDAVİ 11	254,04	372,726	0,603	0,953
BAKIM VE TEDAVİ 12	254,18	371,531	0,613	0,953
BAKIM VE TEDAVİ 13	254,18	371,677	0,592	0,953
BAKIM VE TEDAVİ 14	254	373,636	0,636	0,953
BAKIM VE TEDAVİ 15	254,02	379,836	0,487	0,954
BAKIM VE TEDAVİ 16	253,73	387,872	0,237	0,955
BAKIM VE TEDAVİ 17	253,88	379,82	0,544	0,954
EBEVEYN KATILIMI 1	254,27	373,363	0,552	0,954
EBEVEYN KATILIMI 2	253,98	380,454	0,44	0,954
EBEVEYN KATILIMI 3	253,93	380,068	0,463	0,954
EBEVEYN KATILIMI 4	254,59	366,174	0,552	0,954
EBEVEYN KATILIMI 5	253,93	379,74	0,533	0,954
EBEVEYN KATILIMI 6	253,98	376,854	0,59	0,953
EBEVEYN KATILIMI 7	253,73	384,636	0,452	0,954
EBEVEYN KATILIMI 8	253,77	385,781	0,315	0,954
ORGANİZASYON 1	254	374,473	0,656	0,953
ORGANİZASYON 2	253,93	383,922	0,234	0,955
ORGANİZASYON 3	254	379,636	0,414	0,954
ORGANİZASYON 4	254,25	375,355	0,5	0,954
ORGANİZASYON 5	254,13	380,184	0,367	0,955
ORGANİZASYON 6	253,98	385,981	0,202	0,955
ORGANİZASYON 7	254,14	376,706	0,547	0,954
ORGANİZASYON 8	254,14	375,616	0,526	0,954

Çizelge 3.3. Devam. Madde-toplam istatistikleri.

PROFESYONEL TUTUM 1	254,09	380,119	0,451	0,954
PROFESYONEL TUTUM 2	254,25	374,918	0,514	0,954
PROFESYONEL TUTUM 3	253,96	378,144	0,566	0,954
PROFESYONEL TUTUM 4	253,91	382,628	0,464	0,954
PROFESYONEL TUTUM 5	253,91	381,428	0,489	0,954
PROFESYONEL TUTUM 6	254,13	374,002	0,649	0,953
PROFESYONEL TUTUM 7	254,21	371,008	0,676	0,953
PROFESYONEL TUTUM 8	254,02	374,818	0,615	0,953
PROFESYONEL TUTUM 9	253,93	380,904	0,511	0,954
PROFESYONEL TUTUM 10	254,25	376,191	0,521	0,954
PROFESYONEL TUTUM 11	253,91	381,865	0,468	0,954
PROFESYONEL TUTUM 12	254,04	376,29	0,582	0,954

Ayrıca her bir boyut içinde iç tutarlılık katsayısı hesaplanmış ve Çizelge 3.4.'de verilmiştir.

Çizelge 3.4. Ölçek boyutlarının iç tutarlılık katsayısı sonuçları.

Boyut	Madde sayısı	Cronbach α
Bilgi	12	,925
Bakım ve Tedavi	17	,906
Ebeveyn Katılımı	8	,793
Organizasyon	8	,801
Profesyonel Tutum	12	,877

Uzmanlar tarafından ölçek ile ilgili belirtilmiş görüşler ayrıca Lawshe (1975) tarafından önerilen Kapsam Geçerliği Oranı (KGO) hesaplanmıştır. Bu oran hesaplanırken, kapsam geçerliği analizinde yer alan ölçek maddelerinden görüşünü alınan uzman sayısının yarısına (NG), maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısına (N/2) oranının bir eksiği dikkate alınmıştır. KGO hesaplaması aşağıdaki formüle göre yapılmaktadır.

$$KGO = \frac{N_G}{N/2} - 1$$

Bu araştırmada ölçeğin her bir maddesine uzmanların vermiş oldukları cevapların frekans dağılımları Çizelge 3.5.'de verilmiştir. Bu oranında

hesaplanmasında araştırmada uzmanların “Alakalı” ya da “Çok Alakalı” cevapları (maddenin gerekliliğini gösterdiği için) beraber toplanarak kullanılmıştır (Yurdugül, 2005; Davis, 1992).

Çizelge 3.5. Ölçek maddelerinin kapsam geçerliği için uzman görüşlerinin değerlendirilmesi (N= 56).

ÖLÇEK MADDELERİ	Çok alakasız	Alakasız	Ne alakalı ne alakasız	Alakalı	Çok alakalı	Kapsam Geçerliği Oranı
BİLGİ 1	0	0	0	15	41	1.00
BİLGİ 2	0	0	2	14	40	0.93
BİLGİ 3	0	0	3	18	35	0.89
BİLGİ 4	0	0	3	19	34	0.89
BİLGİ 5	0	0	0	19	37	1.00
BİLGİ 6	0	0	1	20	35	0.96
BİLGİ 7	0	0	2	18	36	0.93
BİLGİ 8	0	1	6	25	24	0.75
BİLGİ 9	0	0	5	18	33	0.82
BİLGİ 10	0	0	5	19	32	0.82
BİLGİ 11	0	0	2	17	37	0.93
BİLGİ 12	0	0	1	18	37	0.96
BAKIM VE TEDAVİ 1	0	1	6	21	28	0.75
BAKIM VE TEDAVİ 2	0	0	4	18	34	0.86
BAKIM VE TEDAVİ 3	0	1	2	15	38	0.89
BAKIM VE TEDAVİ 4	0	1	4	19	32	0.82
BAKIM VE TEDAVİ 5	0	0	2	14	40	0.93
BAKIM VE TEDAVİ 6	0	0	3	20	33	0.89
BAKIM VE TEDAVİ 7	0	0	0	13	43	1.00
BAKIM VE TEDAVİ 8	1	0	5	19	31	0.79
BAKIM VE TEDAVİ 9	0	0	2	16	38	0.93
BAKIM VE TEDAVİ 10	0	0	1	20	35	0.96
BAKIM VE TEDAVİ 11	1	0	4	15	36	0.82
BAKIM VE TEDAVİ 12	1	1	3	22	29	0.82
BAKIM VE TEDAVİ 13	1	1	4	20	30	0.79
BAKIM VE TEDAVİ 14	1	0	1	19	35	0.93
BAKIM VE TEDAVİ 15	0	0	3	20	33	0.89
BAKIM VE TEDAVİ 16	0	0	0	10	46	1.00
BAKIM VE TEDAVİ 17	0	0	2	14	40	0.93

Çizelge 3.5. Devam. Ölçek maddelerinin kapsam geçerliği için uzman görüşlerinin değerlendirilmesi (N= 56).

EBEVEYN KATILIMI 1	0	3	4	23	26	0.75
EBEVEYN KATILIMI 2	0	0	4	16	36	0.86
EBEVEYN KATILIMI 3	0	1	1	16	38	0.93
EBEVEYN KATILIMI 4	2	6	7	18	23	0.46
EBEVEYN KATILIMI 5	0	0	2	17	37	0.93
EBEVEYN KATILIMI 6	0	1	1	19	35	0.93
EBEVEYN KATILIMI 7	0	0	0	10	46	1.00
EBEVEYN KATILIMI 8	0	0	1	10	45	0.96
ORGANİZASON 1	0	1	2	18	35	0.89
ORGANİZASON 2	1	1	1	12	41	0.89
ORGANİZASON 3	0	1	4	14	37	0.82
ORGANİZASON 4	1	0	6	23	26	0.75
ORGANİZASON 5	0	2	3	20	31	0.82
ORGANİZASON 6	0	1	2	17	36	0.89
ORGANİZASON 7	0	1	3	24	28	0.86
ORGANİZASON 8	0	2	3	21	30	0.82
PROFESYONEL TUTUM 1	0	0	4	22	30	0.86
PROFESYONEL TUTUM 2	1	1	3	26	25	0.82
PROFESYONEL TUTUM 3	0	0	3	17	36	0.89
PROFESYONEL TUTUM 4	0	0	0	20	36	1.00
PROFESYONEL TUTUM 5	0	0	1	18	37	0.96
PROFESYONEL TUTUM 6	0	1	3	23	29	0.86
PROFESYONEL TUTUM 7	0	1	7	20	28	0.71
PROFESYONEL TUTUM 8	0	1	3	17	35	0.86
PROFESYONEL TUTUM 9	0	0	1	19	36	0.96
PROFESYONEL TUTUM 10	0	0	9	21	26	0.68
PROFESYONEL TUTUM 11	0	0	1	18	37	0.96
PROFESYONEL TUTUM 12	0	1	2	20	33	0.89
TÜM ÖLÇEK KAPSAM GEÇERLİK İNDEKSİ						0,88

Ölçekte hiç bir madde çıkarılmadığı için bütün KGO değerlerinin ortalaması alındı ve tüm ölçek Kapsam geçerlik indeksi elde edildi. Ayrıca her bir ölçek alt boyutu için Kapsam Geçerlik İndeksi hesaplanmış ve sonuçları aşağıdaki Çizelge 3.6.'da verilmiştir.

Çizelge 3.6. Ölçek alt boyutu için kapsam geçerlik indeksi sonuçları.

Alt Boyut	Kapsam Geçerlik İndeksi
Bilgi	0,91
Bakım ve Tedavi	0,88
Ebeveyn Katılımı	0,85
Organizasyon	0,84
Profesyonel Tutum	0,87

Elde edilen uzman görüşleri analiz sonuçları ışığında, ilgili ölçeğin güvenilir bir ölçek olduğu söylenebilir. Sonuç olarak araştırmaya konu olan ölçeğin Türkçe uyarlamasının kapsam geçerliği ve iç tutarlık değerlerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu saptanmıştır.

3.3. Ölçeğin Güvenilirlik Çalışması Bulguları

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Ebeveynlerin Güçlendirilmesi EMPATHIC-N Ölçeği'nin 134 ebeveyne uygulanması sonrasında güvenilirliğini belirlemede, “madde toplam puan korelasyonu, Cronbach α iç tutarlılık, ikiye bölme, sınıf içi korelasyon katsayısı” güvenilirlik testleri kullanılmıştır. Güvenirlik çalışmalarına ait analizler aşağıda açıklanmaktadır.

Ölçeğin maddelerinden alınan, her bir maddenin puan ortalaması, standart sapmaları ve toplam ölçek madde sayısı Çizelge 3.7.'de verilmiştir.

Çizelge 3.7. Ölçek maddelerinin tanımlayıcı istatistikleri (N: 134).

ALT BOYUTLAR	MADDELER	Ortalama	Standart Sapma	n*	En Düşük	En Yüksek
BİLGİ	1 Çocuğumuzun bakımı ve tedavisi hakkında günlük olarak doktor ve hemşirelerle görüşmelerimiz oldu.	5,65	0,831	88	0	6
	2 Sorularımız doktor ve hemşireler tarafından net bir şekilde yanıtlandı.	5,59	0,839	88	0	6
	3 Doktor ve hemşireler aynı bilgiyi verdiler.	5,42	1,036	88	0	6
	4 Çocuğumuzun fiziksel durumu kötüleştiğinde bize hemen haber verildi.	5,36	1,147	88	0	6
	5 Çocuğumuzun hastalığının yapısı hakkında doktor ve hemşirelerden net bir bilgi aldık.	5,48	1,124	88	0	6
	6 Doktor bize çocuğumuzun tedavisinin sonuçlarını net olarak anlattı.	5,63	0,807	88	0	6
	7 Doktor ve hemşireler, yapılan inceleme ve müdahaleler konusunda anlaşılır türden bilgi verdiler.	5,39	1,169	88	0	6
	8 Doktor ve hemşireler, ilaçların etkisi konusunda net bir bilgi verdiler.	5,06	1,504	88	0	6
	9 Doktorlar, çocuğumuzun gelecekteki olası durumu hakkında bilgi verdiler.	5,17	1,44	88	0	6
	10 Bize verilen bakım rehberinde her şey açık, net ve eksiksiz biçimde yazılıdır.	5,31	1,272	88	0	6
	11 Doktorlar ve hemşirelerin bize verdiği bilgi çok anlaşılır nitelikteydi.	5,42	1,132	88	0	6
	12 Doktorlar ve hemşireler, bizi dürüstçe bilgilendirdiler.	5,41	1,11	88	0	6
BAKIM VE TEDAVİ	1 Doktorlar ve hemşirelerin arasında iyi bir işbirliği vardı	5,71	0,754	73	0	6
	2 Birimdeki ekip, çocuğumuzun ağrısını önleme ve/veya tedavi konusuna dikkat etti.	5,73	0,75	73	0	6
	3 Doktorlar ve hemşireler, mesleğine hakim durumdalar, ne yaptıklarının farkındalar.	5,75	0,619	73	0	6
	4 Her zaman , zamanında ve doğru ilaçlar verildi.	5,7	0,72	73	0	6
	5 Doktorlar ve hemşirelerin çocuğumuzun tıbbi geçmişi hakkında bilgileri vardı.	5,7	0,66	73	0	6
	6 Doktorlar ve hemşireler çocuğumuzun gelişim düzeyini dikkate aldılar.	5,77	0,566	73	0	6
	7 Çocuğumuzun durumu kötüleştiğinde, doktorlar ve hemşireler tarafından hemen müdahale edildi.	5,79	0,526	73	0	6
	8 Çocuğumuzun isteklerine karşı duyarlı davranıldı.	5,68	0,797	73	0	6
	9 Birimdeki ekip, ortak bir hedefe yönelik çalıştı. Bu hedef ise; çocuğumuz ve bizim için en iyi bakım ve tedaviyi vermektir.	5,73	0,768	73	1	6
	10 Doktorlar ve hemşireler, çocuğumuzun rahatını dikkate aldılar.	5,75	0,619	73	0	6
	11 Her gün, çocuğumuzun, doktorlar ve hemşirelerden hangisinin sorumluluğunda olduğunu biliyorduk.	5,71	0,905	73	0	6
	12 Duygusal açıdan, doktorlar ve hemşirelerden çok iyi destek aldık.	5,42	1,189	73	0	6
	13 Doktorlar ve hemşireler, bizim kendi ihtiyaçlarımıza karşı duyarlı davrandılar.	5,3	1,33	73	0	6

Çizelge 3.7. Devam. Ölçek maddelerinin tanımlayıcı istatistikleri (N: 134).

	14	Birimdeki ekip, çocuğumuza ve bize karşı hep itinalı davrandılar.	5,48	1,144	73	0	6
	15	Acil durumlarda bize yol gösteren bir hemşire her zaman bulunuyordu.	5,6	1,01	73	0	6
	16	Hemşireler, çocuğumuzun her zaman temiz ve bakımlı olarak kuvözde ya da yatağında yatmasını sağladılar.	5,79	0,686	73	0	6
	17	Yenidoğan yoğun bakım ünitesinden, pediatri birimine sevk aşamasında çocuğumuzun transferi iyi gerçekleşti.	5,74	0,764	73	0	6
EBEVEYN KATILIMI	1	Çocuğumuzun tedavisi hakkındaki karar alma süreçlerine etkin biçimde katılımımız sağlandı.	5,35	1,242	103	0	6
	2	Çocuğumuzun yanında bulunmaya teşvik edildik.	5,64	0,895	103	0	6
	3	Birimdeki ekibe güvenimiz oluştu.	5,58	0,924	103	0	6
	4	Yoğun işlemler esnasında bile sürekli çocuğumuzun yanında durabildik.	4,67	1,849	103	0	6
	5	Hemşireler, çocuğumuzun bakımı esnasında yardımcı olmak için bizi teşvik ettiler.	5,59	1,004	103	0	6
	6	Hemşireler, çocuğumuzla aramızda ki bağı güçlendirmede bize yardımcı oldular.	5,6	1,032	103	0	6
	7	Hemşireler, yeni doğan bebeğimizin bakımını bize öğretiler.	5,65	0,947	103	0	6
	8	Taburcu olmadan önce çocuğumuzun bakımı hakkında tekrar görüşülmüştür.	5,66	0,966	103	0	6
ORGANİZASYON	1	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde kalışımız, bize güven hissi verdi.	5,45	1,253	110	0	6
	2	Çocuğumuzun kuvözü / yatağı temizdi.	5,79	0,49	110	3	6
	3	Yenidoğan Yoğun Bakım ekibi, etkin ve amaca yönelik çalıştı.	5,65	0,861	110	1	6
	4	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine telefonla ulaşmak kolaydı.	4,95	1,683	110	0	6
	5	Çocuğumuzun kuvözünün/yatağının etrafında yeterli düzeyde boş alan vardı.	5,22	1,404	110	0	6
	6	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi temizdi.	5,45	1,046	110	1	6
	7	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'ndeki ses düzeyi mümkün olduğu kadar düşüktü.	5,23	1,318	110	0	6
	8	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde agresif davranışları olan kişiler yoktu ve iyi bir atmosfer mevcuttu.	4,89	1,699	110	0	6
PROFESYONEL TUTUM	1	Doktorlar ve hemşireler, her zaman kendilerini adları ve görevleriyle tanıttılar.	4,52	1,892	96	0	6
	2	Doktorlar ve hemşireler, acılarımızı ve mutluluklarımızı paylaştılar.	4,94	1,582	96	0	6
	3	Birimdeki ekip, temizlik kurallarına uygun çalıştı.	5,44	1,103	96	1	6
	4	Birimdeki ekip, bizim ve çocuğumuzun mahremiyetine gereken özeni gösterdi.	5,26	1,378	96	0	6
	5	Birimdeki ekip, çocuğumuza ve bize saygı gösterdi.	5,44	1,141	96	0	6
	6	Doktorlar ve hemşireler, çocuğumuzun kuvözünün/yatağının yanında hiçbir gereksiz konuşma/sohbet yapmadılar.	5,31	1,217	96	0	6
	7	Personeller arasında atmosfer güzeldi.	5,34	1,159	96	0	6
	8	Doktorlar ve hemşireler, bize sıcak ve huzurlu bir ortam verdiler.	5,06	1,493	96	0	6
	9	İş yoğunluğuna rağmen doktorlar ve hemşireler tarafından çocuğumuza ve bize yeterince ilgi gösterildi.	5,09	1,501	96	0	6
	10	Kültürel geçmişimizi/kökenimizi dikkate aldılar.	4,79	1,812	96	0	6
	11	Doktorlar ve hemşireler, çocuğumuzun sağlığını öncelik sırasında her zaman en öne aldılar.	5,55	0,983	96	0	6
	12	Doktorlar ve hemşireler, soru ve sorunlarımızı dinlemeye her zaman hazır dılar.	5,3	1,307	96	0	6

*Ölçeğin orijinal halinde bulunan **GEÇERLİ DEĞİL** seçeneğinin işaretlendiği durumlarda ilgili boyutu cevaplayan katılımcıların puanlamasına dahil edilemeyeceği için liste bazlı silme işlemi gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle boyutlar arası n değerleri farklılaşmıştır.

EMPATHIC-N ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı olan Cronbach α değerleri ölçeğin tamamı ve her bir alt boyutu için hesaplanmış ve Çizelge 3.8.'de verilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde, hesaplanan değerlerin yüksek olduğu görülmektedir.

Çizelge 3.8. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı olan cronbach α değerleri.

	Cronbach α
Ölçeğin Tümü	,953
• Bilgi	,940
• Bakım ve Tedavi	,948
• Ebeveyn katılımı	,809
• Organizasyon	,830
• Profesyonel Tutum	,937

Türkçeye orijinal dilinden dil uyarlaması yapılan EMPATHIC-N ölçeği'nin madde puanları ile ölçek toplam puanı korelasyonları Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun güvenirlik çalışması için 57 maddenin madde-toplam puan korelasyonları incelendiğinde, güvenirlik katsayısının r: 0,40 ile 0,88 arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.9.).

Çizelge 3.9. Ölçeğin madde puanları ile toplam puan korelasyonlarının sonuçları.

Alt Boyutlar	Ölçek Maddeleri	Mmadde Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silinirse α
BİLGİ	1 Çocuğumuzun bakımı ve tedavisi hakkında günlük olarak doktor ve hemşirelerle görüşmelerimiz oldu.	0,566	0,94
	2 Sorularımız doktor ve hemşireler tarafından net bir şekilde yanıtlandı.	0,754	0,935
	3 Doktor ve hemşireler aynı bilgiyi verdiler.	0,721	0,935
	4 Çocuğumuzun fiziksel durumu kötüleştiğinde bize hemen haber verildi.	0,785	0,932
	5 Çocuğumuzun hastalığının yapısı hakkında doktor ve hemşirelerden net bir bilgi aldık.	0,619	0,938
	6 Doktor bize çocuğumuzun tedavisinin sonuçlarını net olarak anlattı.	0,781	0,934
	7 Doktor ve hemşireler, yapılan inceleme ve müdahaleler konusunda anlaşılır türden bilgi verdiler.	0,817	0,931
	8 Doktor ve hemşireler, ilaçların etkisi konusunda net bir bilgi verdiler.	0,783	0,934
	9 Doktorlar, çocuğumuzun gelecekteki olası durumu hakkında bilgi verdiler.	0,783	0,933
	10 Bize verilen bakım rehberinde her şey açık, net ve eksiksiz biçimde yazılıdır.	0,759	0,934
	11 Doktorlar ve hemşirelerin bize verdiği bilgi çok anlaşılır nitelikteydi.	0,83	0,931
	12 Doktorlar ve hemşireler, bizi dürüstçe bilgilendirdiler.	0,66	0,937
BAKIM VE TEDAVİ	1 Doktorlar ve hemşirelerin arasında iyi bir işbirliği vardı	0,737	0,944
	2 Birimdeki ekip, çocuğumuzun ağrısını önleme ve/veya tedavi konusuna dikkat etti.	0,839	0,943
	3 Doktorlar ve hemşireler, mesleğine hakim durumdalar, ne yaptıklarının farkındalar.	0,723	0,945
	4 Her zaman , zamanında ve doğru ilaçlar verildi.	0,747	0,944
	5 Doktorlar ve hemşirelerin çocuğumuzun tıbbi geçmişi hakkında bilgileri vardı.	0,721	0,945
	6 Doktorlar ve hemşireler çocuğumuzun gelişim düzeyini dikkate aldılar.	0,74	0,945
	7 Çocuğumuzun durumu kötüleştiğinde, doktorlar ve hemşireler tarafından hemen müdahale edildi.	0,884	0,944
	8 Çocuğumuzun isteklerine karşı duyarlı davranıldı.	0,725	0,945
	9 Birimdeki ekip, ortak bir hedefe yönelik çalıştı. Bu hedef ise; çocuğumuz ve bizim için en iyi bakım ve tedaviyi vermektir.	0,705	0,945
	10 Doktorlar ve hemşireler, çocuğumuzun rahatını dikkate aldılar.	0,816	0,944
	11 Her gün, çocuğumuzun, doktorlar ve hemşirelerden hangisinin sorumluluğunda olduğunu biliyorduk.	0,609	0,947
	12 Duygusal açıdan, doktorlar ve hemşirelerden çok iyi destek aldık.	0,711	0,946
	13 Doktorlar ve hemşireler, bizim kendi ihtiyaçlarımıza karşı duyarlı davrandılar.	0,679	0,948
	14 Birimdeki ekip, çocuğumuza ve bize karşı hep itinalı davrandılar.	0,78	0,944
	15 Acil durumlarda bize yol gösteren bir hemşire her zaman bulunuyordu.	0,686	0,946
	16 Hemşireler, çocuğumuzun her zaman temiz ve bakımlı olarak kuvözde ya da yatağında yatmasını sağladılar.	0,852	0,943
	17 Yenidoğan yoğun bakım ünitesinden, pediatri birimine sevk aşamasında çocuğumuzun transferi iyi gerçekleşti.	0,569	0,947
EBEVEYN KATILIMI	1 Çocuğumuzun tedavisi hakkındaki karar alma süreçlerine etkin biçimde katılımımız sağlandı.	0,4	0,807
	2 Çocuğumuzun yanında bulunmaya teşvik edildik.	0,717	0,768
	3 Birimdeki ekibe güvenimiz oluştu.	0,439	0,799
	4 Yoğun işlemler esnasında bile sürekli çocuğumuzun yanında durabildik.	0,477	0,821
	5 Hemşireler, çocuğumuzun bakımı esnasında yardımcı olmak için bizi teşvik ettiler.	0,616	0,777
	6 Hemşireler, çocuğumuzla aramızda ki bağı güçlendirmede bize yardımcı oldular.	0,68	0,767
	7 Hemşireler, yeni doğan bebeğimizin bakımını bize öğrettiler.	0,635	0,776
	8 Taburcu olmadan önce çocuğumuzun bakımı hakkında tekrar görüşülmüştür.	0,504	0,791

Çizelge 3.9. Devam. Ölçeğin madde puanları ile toplam puan korelasyonlarının sonuçları.

ORGANİZASYON	1	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde kalışımız, bize güven hissi verdi.	0,6	0,805
	2	Çocuğumuzun kuvvözü / yatağı temizdi.	0,527	0,827
	3	Yenidoğan Yoğun Bakım ekibi, etkin ve amaca yönelik çalıştı.	0,624	0,809
	4	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine telefonla ulaşmak kolaydı.	0,497	0,826
	5	Çocuğumuzun kuvvözünün/yatağının etrafında yeterli düzeyde boş alan vardı.	0,583	0,807
	6	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi temizdi.	0,589	0,809
	7	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'ndeki ses düzeyi mümkün olduğu kadar düşüktü.	0,582	0,807
	8	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde agresif davranışları olan kişiler yoktu ve iyi bir atmosfer mevcuttu.	0,698	0,79
PROFESYONEL TUTUM	1	Doktorlar ve hemşireler, her zaman kendilerini adları ve görevleriyle tanıttılar.	0,664	0,936
	2	Doktorlar ve hemşireler, acılarımızı ve mutluluklarımızı paylaştılar.	0,733	0,931
	3	Birimdeki ekip, temizlik kurallarına uygun çalıştı.	0,706	0,932
	4	Birimdeki ekip, bizim ve çocuğumuzun mahremiyetine gereken özeni gösterdi.	0,786	0,929
	5	Birimdeki ekip, çocuğumuza ve bize saygı gösterdi.	0,659	0,934
	6	Doktorlar ve hemşireler, çocuğumuzun kuvvözünün/yatağının yanında hiçbir gereksiz konuşma/sohbet yapmadılar.	0,652	0,934
	7	Personeller arasında atmosfer güzeldi.	0,763	0,93
	8	Doktorlar ve hemşireler, bize sıcak ve huzurlu bir ortam verdiler.	0,781	0,929
	9	İş yoğunluğuna rağmen doktorlar ve hemşireler tarafından çocuğumuza ve bize yeterince ilgi gösterildi.	0,868	0,925
	10	Kültürel geçmişimizi/kökenimizi dikkate aldılar.	0,72	0,933
	11	Doktorlar ve hemşireler, çocuğumuzun sağlığını öncelik sırasında her zaman en öne aldılar.	0,694	0,933
	12	Doktorlar ve hemşireler, soru ve sorunlarımızı dinlemeye her zaman hazırıldılar.	0,764	0,93

Ölçeğin güvenilirlik çalışması için İkiye bölme yöntemi kullanılmıştır. Yöntemde güvenilirliği hesaplanacak olan ölçek tek ve çift numaralı sorular olmak üzere ikiye ayrılır, daha ölçeğin bu iki formu arasında Spearman-Brown korelasyon katsayısı hesaplanarak, elde edilen değer üzerinden testin güvenilirliği yorumlanır (Kuder ve Richardson, 1937). İkiye bölme yönteminin literatürde var olan birçok güvenilirlik katsayısından daha iyi sonuç verdiği bir simülasyon veriye dayalı araştırmada gösterilmiştir (Callender ve Osburn, 1979). İkiye bölme yöntemine dayalı güvenilirlik analizine ilişkin sonuçlar Çizelge 3.10'da verilmiştir.

Çizelge 3.10. Ölçeğin ikiye bölme yöntemine dayalı güvenilirlik analizinin sonuçları.

Ölçek Boyutları	Cronbach α		İki Form Arasında Korelasyon	Spearman- Brown Katsayısı	Guttman İkiye-Bölme Katsayısı
	Bölüm 1	Bölüm 2			
Tüm Ölçek	0,905	0,914	0,928	0,963	0,962
Bilgi	0,793	0,759	0,769	0,87	0,864
Bakım ve Tedavi	0,732	0,753	0,775	0,873	0,866
Ebeveyn Katılımı	0,604	0,516	0,642	0,782	0,782
Organizasyon	0,691	0,54	0,626	0,77	0,764
Profesyonel Tutum	0,798	0,795	0,8	0,889	0,884

İkiye bölme analizine göre hesaplanan Guttmanikiye bölme katsayılarının ölçek geneli ve alt boyutları için yüksek olduğu görülmektedir.

4. TARTIŞMA

Bu araştırmada yenidoğan yoğun bakımda ebeveynlerin güçlendirilmesi: EMPATHIC-N ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması amacıyla ilk olarak dil geçerliliği ve kapsam geçerliliği çalışmaları sonrasında ise güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Bu bölümde araştırmada elde edilen bulgular konu ile ilgili daha önce yapılmış çalışmalar dikkate alınarak tartışılmıştır.

Son yıllarda, aile merkezli bakım felsefesi çerçevesinde yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde ebeveynlerin bakıma etkin katılımının pozitif etkileri nedeniyle, aile merkezli bakım felsefesine verilen önem giderek artmıştır. Literatür incelendiğinde, aile merkezli bakım felsefesi ile hazırlanmış ebeveyn memnuniyet ölçekleri sayısı giderek artmaktadır (Conner ve Nelson 1999; Butt ve ark., 2013; Dall'Oglio ve ark., 2018). Hollanda'da Latour ve arkadaşlarının (2012) oluşturduğu ölçek, Gomez ve arkadaşları (2017) tarafından Brezilya Portekizcesi'ne, Dall'Oglio ve arkadaşları (2018) tarafından İtalyanca'ya ve Papamichael ve arkadaşları (2018) tarafından Yunanca'ya uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirliklerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

4.1. Ölçeğin Geçerliliği

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özelliklerle karıştırmadan, doğru ölçebilme derecesidir. Bir ölçeğin geçerli sayılabilmesinin ilk şartı ölçeğin güvenilir olmasıdır. Güvenirlik, geçerlik için gerekli olmasına rağmen, tek başına yeterli değildir. Güvenilir bir ölçek her zaman geçerli „olmayabilir. Bu nedenle geçerliği yüksek olan ölçme aracının bir dereceye kadar güvenilirliği de yüksektir. Güvenirliğin yüksek olması ölçeğin geçerliğinin de yüksek olacağını tam yansıtmaz. Ölçüm sonuçlarının ne kadarıyla ölçüm hatasını yansıttığı sorusuna yanıt verebilmek için ölçme aracının geçerliğinin saptanmasına gerek vardır (Karasar, 2010). Bu çalışmada, EMPATHIC-N Ölçeğinin geçerliğini ölçmek için kapsam geçerliğine başvurulmuştur. Kapsam geçerliliği, bir bütün olarak ölçeğin ve

ölçekteki her bir maddenin ölçek amacına ne derecede hizmet ettiğini, ölçmesi hedeflenen davranışı tümüyle ölçüp ölçmediğinin belirlenmesinde tercih edilen bir yöntem olup; ölçekte bulunan maddelerin ölçümü yapılmak istenen alanı ne dereceye kadar açıklayabildiğine ilişkin uzman görüşüdür (Bulduk, 2008). Çalışmada ölçeğin kapsam geçerliliği analizi için uzman görüşü yaklaşımına başvurulmuş; 56 uzmana analiz çalışması için ölçek maddelerinden oluşan bir form verilerek görüş alınıp, ölçeğin içeriğindeki maddelerin farklı özellikleri ölçme ve konuyu yansıtmasına ilişkin uzman görüşü oluşturulmuştur. Uzmanlardan ölçekte yer alan her bir maddenin ölçek ile alakasının değerlendirmesine ilişkin betimsel istatistikleri Çizelge 4.1’de verilmiştir. Madde ortalama puanları arasında hiçbir madde Gomez ve arkadaşları (2017) tarafından belirtilen 3,5 eşik değerinin altında kalmadığı için bütün maddeler ölçeğe dahil edilmiştir.

Çizelge 4.1. Her bir maddenin uzmanlar tarafından değerlendirme betimsel sonuçları.

Maddeler	En Düşük	En Yüksek	Ortalama	Standart Sapma
BİLGİ	-	-	4,58	±,574
• BİLGİ 1	4	5	4,73	±,447
• BİLGİ 2	3	5	4,68	±,543
• BİLGİ 3	3	5	4,57	±,599
• BİLGİ 4	3	5	4,55	±,601
• BİLGİ 5	4	5	4,66	±,478
• BİLGİ 6	3	5	4,61	±,528
• BİLGİ 7	3	5	4,61	±,562
• BİLGİ 8	2	5	4,29	±,731
• BİLGİ 9	3	5	4,50	±,661
• BİLGİ 10	3	5	4,48	±,660
• BİLGİ 11	3	5	4,63	±,558
• BİLGİ 12	3	5	4,64	±,520
BAKIM			4,56	±,641
• BAKIM 1	2	5	4,36	±,749
• BAKIM 2	3	5	4,54	±,631
• BAKIM 3	2	5	4,61	±,652
• BAKIM 4	2	5	4,46	±,713
• BAKIM 5	3	5	4,68	±,543
• BAKIM 6	3	5	4,54	±,602
• BAKIM 7	4	5	4,77	±,426
• BAKIM 8	1	5	4,41	±,804
• BAKIM 9	3	5	4,64	±,554
• BAKIM 10	3	5	4,61	±,528
• BAKIM 11	1	5	4,52	±,786
• BAKIM 12	1	5	4,38	±,822
• BAKIM 13	1	5	4,38	±,843
• BAKIM 14	1	5	4,55	±,711
• BAKIM 15	3	5	4,54	±,602
• BAKIM 16	4	5	4,82	±,386
• BAKIM 17	3	5	4,68	±,543

Çizelge 4.1. Devam. Her bir maddenin uzmanlar tarafından değerlendirme betimsel sonuçları.

EBEVEYN			4,53	±,656
• EBEVEYN 1	2	5	4,29	±,825
• EBEVEYN 2	3	5	4,57	±,628
• EBEVEYN 3	2	5	4,63	±,620
• EBEVEYN 4	1	5	3,96	1±,144
• EBEVEYN 5	3	5	4,63	±,558
• EBEVEYN 6	2	5	4,57	±,628
• EBEVEYN 7	4	5	4,82	±,386
• EBEVEYN 8	3	5	4,79	±,456
KURUM			4,48	±,726
• KURUM 1	2	5	4,55	±,658
• KURUM 2	1	5	4,63	±,776
• KURUM 3	2	5	4,55	±,711
• KURUM 4	1	5	4,30	±,807
• KURUM 5	2	5	4,43	±,759
• KURUM 6	2	5	4,57	±,657
• KURUM 7	2	5	4,41	±,682
• KURUM 8	2	5	4,41	±,757
PROFESYONEL			4,50	±,635
• PROFESYONEL 1	3	5	4,46	±,631
• PROFESYONEL 2	1	5	4,30	±,807
• PROFESYONEL 3	3	5	4,59	±,596
• PROFESYONEL 4	4	5	4,64	±,483
• PROFESYONEL 5	3	5	4,64	±,520
• PROFESYONEL 6	2	5	4,43	±,684
• PROFESYONEL 7	2	5	4,34	±,769
• PROFESYONEL 8	2	5	4,54	±,687
• PROFESYONEL 9	3	5	4,63	±,524
• PROFESYONEL 10	3	5	4,30	±,737
• PROFESYONEL 11	3	5	4,64	±,520
• PROFESYONEL 12	2	5	4,52	±,660
GENEL DENEYİM			4,77	±,451
• GENEL DENEYİM 1	3	5	4,75	±,477
• GENEL DENEYİM 2	4	5	4,80	±,401
• GENEL DENEYİM 3	3	5	4,75	±,477

Ölçekte bakım ve tedavi boyutunun 16. ve ebeveyn katılımı boyutunun 7. soruları 4,8 ($\pm$,386) ortalama değeri ile en fazla alakalı maddeler olarak belirlenmişken ebeveyn katılımı boyutunun 4. maddesi (Yoğun işlemler esnasında bile sürekli çocuğumuzun yanında durabildik) ise 3,96 ($\pm$ 1,144) ortalama değeri ile en düşük alakaya sahip madde olarak belirtilmiştir. Buna paralel olarak Gomez ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında ebeveyn katılımı boyutunun 4. maddesinin ve organizasyon boyutunun 4. maddesinin (Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine telefonla ulaşmak kolaydı) ortalama değerleri 3,5 eşik değerinin altında olması nedeniyle ölçekten çıkarıldığı ve çıkarma sonrasında tekrar hesaplanan cronbach α değerinin bütün maddelerde 0.70 üzerine çıktığı belirtilmiştir. Bu çalışmada ebeveyn katılımı boyutunun 4. Maddesi Gomez ve arkadaşlarının çalışmasına benzer şekilde ölçek genelinde en düşük değeri (3,96) almış olmasına rağmen 3,5 eşik değerinin üstünde kalması nedeniyle ölçeğin bütünlüğünün korunması amacıyla

çıkarılmamıştır. Veneziano ve Hooper'a (1997) göre uzman sayısının 40'dan fazla olduğu durumlarda 0,29 KGO $p < ,05$ düzeyinde anlamlı olarak kabul edilmekte ve ilgili maddenin ölçekte tutulması önerilmektedir. Kapsam geçerlik indeksi, $p < ,05$ düzeyinde anlamlı çıkan maddeler ölçekte tutulduktan sonra KGO değerlerinin ortalaması ile elde edilen ve ölçeğin kapsam geçerliğinin düzeyi hakkında bilgi veren bir katsayıdır. Araştırmaya konu olan ölçeğin ortalama kapsam geçerlik indeksi değeri 0,88 çıkmış ve Davis'e (1992) göre 0,80 üzeri değerlerin yeterli kapsam geçerliğini gösteren bir kanıt olduğu belirtilmiştir. Kapsam geçerliği çalışması sonuçlarının aynı ölçeğin diğer dillere yapılan uyarlama çalışmalarıyla benzerlik gösterdiği belirlenmiştir (Gomez ve ark., 2017; Dall'Oglio ve ark., 2018; Papamichael ve ark., 2018). Uzman görüşleri dikkate alındığında araştırmada uyarlaması yapılmış olan ölçeğin kapsam olarak geçerliği için yeterinde kanıt elde edilmiştir.

Ölçek uyarlama çalışmalarında, özgün ölçek ile, uyarlanan ölçeğin faktör yapısını karşılaştırmak için doğrulayıcı faktör analizinin yapılması önerilmektedir. Doğrulayıcı faktör analizi, ölçek uyarlama çalışmalarında sık kullanılan ve önemli kolaylıklar sağlayan, önceden belirlenmiş bir yapının doğrulanmasını amaçlamayan bir analiz yöntemidir (Bayram, 2010). Bu çalışmada ölçek yapısını açıklamak için doğrulayıcı faktör analizi yöntemine başvurulmuş ancak; ölçeğin orijinal halinde bulunan 'Geçerli Değil' seçeneğinin işaretlendiği durumlarda ilgili boyutu cevaplayan katılımcıların puanlamasına dahil edilemeyeceği için liste bazlı silme işlemi gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle boyutlar arası 'n' değerleri farklılaşmıştır. Örneklem sayısının düşmesi nedeniyle doğrulayıcı faktör analizi yöntemi uygun bulunmamıştır. Papamichael ve ark., (2018) de çalışmalarında yapı geçerliği için ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi çalışmıştır.

4.2. Ölçeğin Güvenilirliği

Çalışmada ölçeğin güvenilirlik çalışmaları için; bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde en az 24 saat yatmış 134 ebeveyne ölçek uygulanmıştır. Güvenirlik, ölçme işleminin kararlılığı ya da ölçmenin tekrarındaki tutarlılıktır. Güvenirliğin

belirlenmesinde birçok testten faydalanılmaktadır (Aktürk ve Acemoğlu, 2012). Bu çalışmada, ölçeğin güvenilirliğini belirlemede madde toplam puan korelasyonu, Cronbach α iç tutarlılık, ikiye bölme, sınıf içi korelasyon katsayısı güvenilirlik testleri kullanılmıştır.

Güvenirlik, tek bir ölçme aracının tek bir uygulama yapılarak, ölçek içinde yer alan maddelerin ebeveyn memnuniyetinin tutarlı bir şekilde ölçüp ölçmediğinin belirlenmesi için yapılmıştır. Ölçme aracının iç tutarlılık anlamında cronbach α katsayısının çok yüksek düzeyde olması sadece ölçme aracının güvenilirliğini değil aynı zamanda yapı geçerliliğine de işaret etmektedir. Bir ölçeğin iç tutarlılığının söylenebilmesi için, ölçeğin tüm alt maddelerinin aynı özelliği ölçtüğünü göstermek gerekmektedir (Baykul, 1979). Güvenilir ölçme araçları, kendisini oluşturan maddeler arasında yüksek düzeyde tutarlılık gerektirmektedir. Hesaplanan cronbach α değerleri güvenilirlik katsayısı ölçeği oluşturan maddeler arasında yüksek düzeyde bir iç tutarlılık olduğunu ifade etmektedir. Latour ve arkadaşlarının (2012) yaptığı kaynak ölçeğin cronbach α katsayısı, 0,82-0,91 arasında bulunmuş, bu çalışmada ise cronbach α katsayısı, 0,80 ve 0,95 arasında yüksek düzeyde bir iç tutarlılık olduğu hesaplanmıştır. Uyarlama çalışması yapılan EMPATHIC-N Ölçeğinde yer alan maddelerin, madde toplam korelasyonu hesaplanmıştır. Madde toplam korelasyonu, her bir maddeden elde edilen memnuniyet puanı ile toplam memnuniyet puanı arasındaki ilişkinin saptanması için kullanılmış, her bir ölçek maddesinin korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. EMPATHIC-N Ölçeğine ilişkin elde edilen korelasyon katsayı değerleri, ölçme aracının homojenliğinin bir göstergesi olarak kabul edilmekte olup, hesaplanan katsayısı 1'e yaklaştığı derecede ölçme aracının tek boyutlu bir yapıya sahip olduğu düşünülebilir. Çalışmada madde toplam korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde en düşük değerin 0,4, en yüksek değerin ise 0,884 olduğu ve tüm maddelerin pozitif yönde anlamlı ilişki gösterdiği belirlenmiştir. Eldeki ölçeğin oldukça yüksek düzeyde bir güvenilirlik katsayısına sahip olduğu ve ölçeğin ebeveyn memnuniyetinin belirlenmesinde güvenilirlik düzeyi yüksek ölçme sonuçlarının elde edilebileceğini göstermektedir. Aynı zamanda yapı geçerliliği de yüksek bulunmuştur.

Bir ölçeğin güvenilirliğini ölçmede kullanılan, ölçeğin ikiye bölme (split half) yöntemiyle ölçek iki eş parçaya bölünerek, iki yarının katılımcılara aynı anda uygulanması sonrası, deneklerin yarılarından aldıkları puanlar arasındaki korelasyon ile güvenilirlik tahmini yapılır. Yöntemde, uygulanmış olan ölçek iki eşdeğer yarıya bölünerek uygulanan ölçeğin rastgele iki yarısından aldıkları puanlar arasındaki korelasyon hesaplanır ve daha sonra bu hesaplanan korelasyondan hareketle Sperman-Brown formülünden de yararlanarak ölçek bütününe güvenilirliği kestirilir (Turgut, 1993). Güvenilirlik analizi için ayrıca ölçeğin maddelerinden tek ve çift sayı ile numaralandırılmış maddeleri bölünerek iki ayrı form oluşturma yöntemi kullanılmış ve bu iki ayrı form arasında ilişki incelenmiştir. Ölçek bazında birinci ve ikinci bölüm cronbach α değerleri 0,905 ve 0,914, iki bölüm arasında korelasyon 0,928 bulunup anlamlı derecede yüksek olduğu söylenebilir. Sonuçlar incelendiğinde ikiye bölme yöntemi kullanılarak yapılan güvenilirlik analizinde ölçek yeterli düzeyde sonuçlar üretmiştir.

Çalışmaya katılan ebeveynlerin memnuniyet düzeyleri incelendiğinde; ebeveyn memnuniyeti tüm alt boyutlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bilgi boyutunda en yüksek memnuniyet derecesi birinci maddede (Çocuğumuzun bakımı ve tedavisi hakkında günlük olarak doktor ve hemşirelerle görüşmelerimiz oldu) görülmüştür. Bu bağlamda, aile merkezli bakım felsefesinde bebeğin bakım ve tedavi sürecinde aileye eksiksiz, sürekli ve tarafsız bilgi akışının sağlanması ailelerin en büyük gereksinimlerinden olduğu söylenebilir. Aileyle sürekli bilgi akışının sağlanması ailenin bakım ve tedaviye etkin katılımında, karar verme mekanizmalarını desteklemede, ailenin anksiyete ve stres düzeylerini azaltmada etkin yararları vardır (Cooper ve ark., 2007). Hemşirelerin yoğun iş yükü nedeniyle ailelerle etkin iletişime geçememesi, annelerin bu nedenle hemşireye soru sormaması, memnuniyeti azaltan bir faktör olarak görülmektedir (Boztepe ve Çavuşoğlu, 2009). Tosun ve Güdücü (2015) çalışmasında annelerin %60,2'si ihtiyaç halinde ulaşabilecekleri birisinin olmadığını, %17,2'si çocuklarının bakımı ile ilgili bilgi almadığını, %22'si bilginin anlaşılır olmadığını, %53,8'i hemşire vizitlerine katılmadıklarını, %68,8'ine kliniğin tanıtılmadığını ve %73,1'i hemşirelerin çocuğa daha önce yapılan uygulamalarla ilgili olarak soru sormadıklarını belirtmiştir.

Çalışmanın yapıldığı yoğun bakım ünitesinde ‘aile bilgilendirme saati’ oluşturulmuştur. Bu saatlerde aileye ünitenin yenidoğan uzmanı ile yüz yüze görüşme fırsatı sunulmaktadır. Aile bilgilendirme saatine, bebeğin anne ve babasının istediği her bireyin katılma hakkı bulunmaktadır. Bununla birlikte çalışmanın yapıldığı yoğun bakım ünitesinde annelerin herhangi bir ziyaret saati kısıtlaması yoktur. Devamlı bebeğin yanında bulunma fırsatı olan anne, hemşire ile kesintisiz iletişim halindedir. Böylelikle anneye hemşire vasıtasıyla bilgi akışı kesintisiz olmaktadır. Yapılan bu uygulamanın bilgi boyutunda memnuniyet düzeyinin yüksek çıkmasında önemli bir katkısı olduğu söylenebilir.

Bakım ve tedavi boyutu yapılan çalışmada en yüksek memnuniyet düzeyinin bulunduğu boyuttur. Bu boyutta en yüksek memnuniyet düzeyinin 7. madde (Çocuğumuzun durumu kötüleştiğinde, doktorlar ve hemşireler tarafından hemen müdahale edildi) ve 16. maddede (Hemşireler, çocuğumuzun her zaman temiz ve bakımlı olarak kuvözde ya da yatağında yatmasını sağladılar) olduğu görülmüştür. Bu bağlamda, yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynler bebeklerinin sağlığına kavuşması için bütün sağlık bakım ve tedavisinin eksiksiz karşılanmasını istedikleri, bebeklerinin ağrısının giderilmemesi, konforunun sağlanmaması ailelerde memnuniyetsizliğe neden olduğu vurgulanmaktadır (Harrison, 1993).

Ebeveyn katılımı boyutunda en düşük memnuniyet düzeyi 4. maddede (Yoğun işlemler esnasında bile sürekli çocuğumuzun yanında durabildik) bulunmuştur. Evans (1994) çocuk bakımında ebeveynlerin bakıma dahil edilmesi üzerine yaptığı bir çalışmada, ebeveynler bakıma etkin bir şekilde katılarak çocuklarına yarar sağlamakla birlikte kendilerine de yarar sağladıklarını ifade etmişlerdir. McLaughlin ve arkadaşlarının (2013) derlemesinde bir yakınına kalp–akciğer canlandırma işlemi yapılan hasta yakınlarının %80’i işlem sırasında sevdiklerinin yanında kalmak istediklerini ifade ettiklerini belirtmiştir. Wendover (2013) bir yakınına kalp akciğer canlandırması yapıldığına şahit olan 150 aile ile yaptığı görüşmede ailelerden %72’si kendilerine yapılacak olan kalp akciğer canlandırması sırasında sevdiklerinin yanında olmasını istediklerini iletmıştır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeklerinin yoğun işlemler sırasında yanında olamayan ailelerin, kendilerini çaresiz

ve suçlu hissettikleri bilinmektedir (Fulbrook ve ark., 2005). Çalışmanın yapıldığı yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeğe kateter takılması, entübasyon yapılması, göğüs tüpü takılması, kalp akciğer canlandırılması yapılması gibi yoğun işlemler sırasında annelerin ünite dışına çıkması istenmektedir. Bu sebeple “Ebeveyn katılımı” boyutunun 4. maddesinin memnuniyetinin diğer maddelere göre düşük düzeyde bulunduğu ifade edilebilir. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakım felsefesinin uygulanabilmesi ve sürdürebilmesi için kurum ve üniteler bu yönde organize edilmelidir.

Ölçeğin organizasyon boyutunda en düşük memnuniyet düzeyi 4. (Yenidoğan yoğun bakım ünitesine telefonla ulaşmak kolaydı) maddede olduğu bulunmuştur. Ünite de bebeğin nörogelişimsel bakımı, annenin süt sağması ve emzirmesi için özel alanların oluşturulması, açık ziyaret saatlerinin uygulanması, taburculuk sonrası ve evde bakım için uygun eğitim programlarının oluşturulması, ebeveyn ve sağlık profesyonellerine aile merkezli bakımın benimsenmesi için uygun politikaların oluşturulması aile merkezli bakım için büyük önem taşımaktadır (Cockcroft, 2012). Çalışmanın yapıldığı yoğun bakım ünitesinde hafta içi mesai saatlerinde telefonları yanıtlamak için bir sekreter bulunmakta ama hafta sonları ve saat 17:00’den sonra sekreter olmadığı için telefonlar yanıtsız kalabilmektedir. Bu nedenle bu maddenin memnuniyet düzeyinin diğer maddelere göre düşük olmasının nedeni olarak öngörülebilir. Ölçeğin profesyonel tutum boyutunda sağlık ekibinin etik ve aile merkezli bakım felsefesiyle hareket etmesinin ne oranda sağlandığının değerlendirilmesi hedeflenmiş olup, bu boyutta en düşük memnuniyet düzeyi 1. Madde (Doktorlar ve hemşireler, her zaman kendilerini adları ve görevleriyle tanıttılar) olarak bulunmuştur.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada Türkçe uyarlama çalışması için dil kapsam ve yapı geçerliği çalışmaları yapılan Yenidoğan Yoğun Bakımda Ebeveynlerin Güçlendirilmesi: EMPATHIC-N Ölçeğinin dil ve kapsam geçerliği, iç tutarlık, yarıya bölme yöntemi ve sınıf içi korelasyon sonuçlarına göre yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakım hizmetlerinden ebeveynlerin memnuniyet düzeylerini ölçmek için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu bulunmuştur. Uyarlaması yapılan bu ölçek farklı kültürde ailelerin memnuniyetini ölçmek için kullanılabilir, geçerlilik güvenilirlik çalışmaları yapılabilir.

Çalışmadan elde edilen veri ve sonuçların ışığında;

- Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatan bebeklerin tedavi ve bakım sürecinde tüm sağlık profesyonellerine aile merkezli bakım felsefesinin daha iyi kavranması için hizmet içi eğitim programların düzenlenmesi,
- Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakımın sürdürülebilirliği için kurum politikalarının aile merkezli bakım felsefesiyle oluşturulması, bu politikalara yönelik uygulamada ve yasal çerçevede kalıcı düzenlemeler yapılması,
- Kurum içerisinde ailenin konforunun ön planda tutulduğu; konaklama, yemekhane, çocuk oyun alanları, aile eğitim salonları, tiyatro, sinema gibi sosyal ortamların planlanması,
- Aileler için psikolojik ve sosyal destek gruplarının oluşturulması, danışmanlık programlarının oluşturulması, aile eğitim programlarının düzenlenmesi önerilmektedir.

ÖZET

Yenidoğan Yoğun Bakımda Ebeveynlerin Güçlendirilmesi: EMPATHIC-N Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması

Aile merkezli bakım felsefesi pediatrik hasta bakımının vazgeçilmez bir ögesi olarak gelişmiştir. Bu çalışmanın amacı; orijinali Hollandaca olan Empowerment of Parents in the Intensive Care-Neonatology (EMPATHIC-N), isimli ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışmasının yapılmasıdır. Araştırmaya Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitelerinden hizmet alan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan toplam 134 ebeveyn dahil edilmiştir. Araştırmanın yürütülmesi için ilgili hastaneden izin alınmıştır. Ayrıca, Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alınmıştır. Araştırma verileri 15 Mayıs 2018 – 15 Haziran 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen bilgi formu ve Latour ve arkadaşları tarafından (2012) geliştirilen EMPATHIC-N Ölçeği'nin Türkçe dil geçerliliği ve uyarlaması tamamlanan ve “Yenidoğan Yoğun Bakımda Ebeveynlerin Güçlendirilmesi: EMPATHIC-N Ölçeği” adını alan araç kullanılmıştır. Ölçek 57 madde ve beş alt boyuttan (bilgi, bakım ve tedavi, ebeveyn katılımı, organizasyon, profesyonel tutum) oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışmaları kapsam ve dil ile yapı geçerliliği olmak üzere iki başlıkta yapılmıştır. Uyarlama çalışmaları ölçek sahibinin yönergesi ve ISPOR (The translation and cultural adaption group of the international society for pharmacoeconomics and out come research) talimatları doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. Buna göre, ölçeğin kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi için görüş almak üzere 56 uzmana ulaşılmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı olan cronbach'ın α değeri ,955 olarak hesaplanmıştır. Ölçek için madde-toplam istatistikleri hesaplanmış, herhangi bir maddenin çıkarılması sonucunda cronbach α değerleri anlamlı bir farklılaşma göstermemiştir. Bunun yanında, kapsam geçerliği oranı, her bir ölçek alt boyutu için kapsam geçerlik indeksi hesaplanmıştır. Ölçeğin güvenilirliğinin belirlenmesinde, “madde toplam puan korelasyonu, Cronbach α iç tutarlılık, ikiye bölme, sınıf içi korelasyon katsayısı” kullanılmıştır. Verilerin analizi ile elde edilen bulgulara göre, Yenidoğan Yoğun Bakımda Ebeveynlerin Güçlendirilmesi: EMPATHIC-N Ölçeği'nin Türkiye'de yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde ebeveynlerin memnuniyet düzeylerini ölçmek için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu bulunmuştur. Uyarlaması yapılan ölçeğin araştırmalarda kullanılması ve farklı kültürlerde elde edilen sonuçlar ile karşılaştırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile Merkezli Bakım, Ebeveyn Memnuniyeti, EMPATHIC-N, Geçerlilik, Güvenirlik, Uyarlama.

SUMMARY

Turkish Adaptation of the Empowerment of Parents in the Intensive Care – Neonatology: EMPATHIC-N Scale

Family-centered care philosophy has developed as an indispensable element of pediatric patient care. The aim of this study is adaptate the original Dutch version of “The Empowerment of Parents in the Intensive Care-Neonatology (EMPATHIC-N)” Questionnaire in to Turkish language. A total of 134 parents who received healthcare services from the neonatal intensive care units of Hacettepe University İhsan Doğramacı Children's Hospital, who agreed to participate in the study and met the research criteria were included in the study. Permission was obtained from the relevant hospital for conducting the study. In addition, the ethics committee approval was obtained from the Non-Interventional Research Ethics Committee of Hacettepe University. The research data were collected between May 15, 2018 – June 15, 2019. General information form developed by the researcher and EMPATHIC-N Scale developed by Latour et al. (2012) (Yenidoğan Yoğun Bakımda Ebeveynlerin Güçlendirilmesi: EMPATHIC-N; Turkish language validity and adaptation were performed by researcher) were used as data collection tools. The scale consists of 57 items and five sub-dimensions (information, care and treatment, parental participation, organization, professional attitude). The Turkish adaptation of the scale was carried out under two headings: content-language and construct validity. Adaptation studies were carried out in accordance with the instructions of the scale owner and the instructions of ISPOR (The translation and cultural adaptation group of the international society for pharmacoconomics and out come research). To obtain opinions for the assessment of the content validity of the scale 56 experts were reached. According to expert opinions, Cronbach's α value, which is the internal consistency coefficient of the scale, was calculated as 0,955. Item-total statistics were calculated for the scale, and Cronbachs α values did not show any significant differentiation after subtraction of any item. In addition, content validity ratio and content validity index were calculated for each scale sub-dimensions. To determine the reliability of the scale, item total score correlation, Cronbach α internal consistency, split into half and intraclass correlation coefficient were used. According to the findings obtained with the analysis of the data, “Yenidoğan Yoğun Bakımda Ebeveynlerin Güçlendirilmesi: EMPATHIC-N” Scale was found to be valid and reliable instruments to measure parents' satisfaction levels in neonatal intensive care units in Turkey. It is recommended that the adapted scale be used in researches and compared with the results obtained from different cultures.

Key Words: Adaptation, EMPATHIC-N, Family Centered Care, Parental Satisfaction, Reliability, Validity.

KAYNAKLAR

- ABLE-BOONE H, DOKECKI PR, SMITH MS (1989). Parent and health care provider communication and decision making in the intensive care nursery. *Child Health Care*. **18**:133–141.
- AHMANN E, JOHNSON BH (2001). New guidance materials promote family-centered change in health care institutions. *Pediatr Nurs*; **27**: 173-175.
- AKTURK Z, ACEMOĞLU H (2012). Tıbbi Araştırmalarda Güvenilirlik Geçerlilik. *Dicle Tıp Dergisi* **39**(2):316-319.
- ALBAYRAK S (2018). Aile merkezli bakım modeline temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin preterm bebek ve aile üzerine etkisi, Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Doktora Tezi. İstanbul.
- ALDERSON P (1993). European charter of children's rights, Bulletin Of Medical Ethics, 13-15.
- ALS H (1998). Developmental care in the newborn intensive care unit. *Curr Opin Pediatr*; **10**: 134-142.
- ALSOP-SHIELDS L, MOHAY H (2001). John Bowlby and James Robertson: Theorists, scientists and crusaders for improvements in the care of children in hospital, *J Adv Nurs*; **35**(1):50-58.
- ALTUNİŞİK R, ÖZDEMİR Ş, TORLAK Ö (2002). MODERN PAZARLAMA, Değişim Yayınları, İstanbul.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON HOSPITAL CARE (2003). Family Centered Care and The Pediatrician's Role. *Pediatrics* ; **112**(3): 690-697.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON HOSPITAL CARE (2012). Family-Centered Care And The Pediatrician's Role. *Pediatrics*; **129**:394-404
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS/AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (2007). Guidelines for Perinatal Care. 6th edn. Elk Grove Village: IL/Washington, DC.
- AMERICAN SOCIETY FOR TESTING AND MATERIALS (2001). Standard Terminology Relating to Environmental Acoustics (ASTM C-634). American Society for Testing and Materials: West Conshohocken, PA.
- BAAS LS (1991). What do parents need when their infant is a patient in the NICU? Neonatal Network. **10**:25–33.

- BAYKUL Y (1979). Örtük özellikler ve klasik test kuramları üzerine bir karşılaştırma. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- BAYRAM N (2010). Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş, Ekin Kitabevi, Bursa.
- BERMAN H (1996). Nurses Beliefs about family involvement in a children's hospital, Issues in a Comprehensive Pediatric Nursing, **22**(3),334-337,
- BLACKINGTON SM, MCLAUCHLAN T (1995). Continuous quality improvement in the neonatal intensive care unit: evaluating parent satisfaction. J Nurs Care Qual. **9**:78-85
- BOWLBY J, ALSOP L, MOHAY H, ROBERTSON J (2001). Theorists, scientists and crusaders for improvements in the care of children in hospital. Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/publication/11897987_John_Bowlby_and_James_Robertson_Theorists_scientists_and_crusaders_for_improvements_in_the_care_of_children_in_hospital Erişim Tarihi: 15/6/2019
- BOZTEPE H, ÇAVUŞOĞLU H (2009). Bir Üniversite Hastanesindeki Uygulamaların Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*,s 11-24.
- BROWNE JV, TALMI A (2005). Family-based intervention to enhance infant-parent relationships in the neonatal intensive care unit. *J Pediatr Psychol* **30**: 667-677.
- BULDUK S (2008). DENEYSEL PSİKOLOJİDE ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ. Ankara: Çantay Kitabevi
- BUTT ML, MCGRATH JM, SAMRA HA, GUPTA R (2013). An integrative review of parent satisfaction with care provided in the neonatal intensive care unit. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, **42**: 105-20.
- CALLENDER, J. C., & OSBURN, H. G. (1979). An empirical comparison of coefficient alpha, Guttman's lambda-2, and MSPLIT maximized split-half reliability estimates. *Journal of Educational Measurement*, **16**(2), 89-99
- CARR-HILL AR (1992). The measurement of patient satisfaction, *Journal of Public Health Medicine*, **14**(3): 236-249
- CHARNEY EB (1990). Parental attitudes toward management of newborns with myelomeningocele. *Dev Med Child Neurol*, **32**:14-19.
- COCKCROFT S (2012), How can family centred care be improved to meet the needs of parents with a premature baby in neonatal intensive care?, *Journal of Neonatal Nursing*,**18**(3):105-10.
- CONNER JM, NELSON EC (1999). Neonatal intensive care: satisfaction measured from a parent's perspective. *Pediatrics*, **103** 1 Suppl E, 336-49 .

- COOPER L, GOODING J, GALLAGHER J, STERNESKY L, LEDSKY R, BERN S (2007). Impact Of A Family-Centered Care Initiative On Nicu Care, Staff and Families. *Journal of Perinatology* **27**(1): 3
- COUTO J (2004). Levels of neonatal care. *Pediatrics*; **114** (5): 1341-1347.
- CRAIG J, GLICK C, PHILLIPS R, HALL S, SMITH J, BROWNE J (2015). Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. *Journal of Perinatology*. **35**(S1):S5.
- DAĞOĞLU T, GÖRAK G. (2008). TEMEL NEONATOLOJİ VE HEMŞİRELİK İLKELERİ. Nobel Matbaacılık, İstanbul; ss 19- 23.
- DALL'OGGIO MR, GAWRONSKI O (2017). A systematic review of instruments for assessing parent satisfaction with family-centred care in neonatal intensive care units. *Acta Paediatr* **107**:391–402
- DALL'OGGIO I, FIORI M, TIOZZO E, MASCOLO R, PORTANOVA A, GAWRONSKI O, RAGNI A, AMADIO P, COCCHIERI A (2018). 'Neonatal intensive care parent satisfaction: A multi-center study translating and validating the Italian EMPATHIC-N questionnaire, *Italian Journal of Pediatrics*, 44:55.
- DAVIS LL (1992). “Instrument review: Getting the most from a panel of experts”. *Applied Nursing Research*, **5**, 194-197.
- DEVLET MEMURLARI KANUNU (1965). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657.pdf> Erişim Tarihi: 2/6/2019
- DONEBEDIAN (1992). The Lichfield Lecture. Quality Assurance İn Health Care: Consumers' Role, *Qual Health Care*. **1**(4):247-51.
- DUDLEY SK, CARR JM (2004). Vigilance: the experience of parents staying at the bedside of hospitalized children. *J Pediatr Nurs*; **19**:267-275
- DUNST CJ, TRIVETTE CM, HAMBY DW (2007). Meta-Analysis Of Family-Centered Help Giving Practices Research. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* **13**(4): 370–378
- ERDEVE Ö, ARSAN S, ARMANGİL D, ATASAY B, KORKMAZ A (2008), The Impact Of Individual Room On Rehospitalization and Health Service Utilization İn Preterms After Discharge. *Acta Paediatrica* **97**: 1351-1357.
- ERGENEKON E (2001). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Tasarımı. *Türkiye Klinikleri Pediatri*, **10**:1-5.
- EVANS M (1994). An investigation into the feasibility of parental participation in the nursing care of their children. *J Adv Nurs*; **20**(3):477- 82.

- FIGUEIRO MG, EGGLESTON G, REA MS (2002). Effects of light exposure on behavior of Alzheimer's patients:a pilot study. Light and Human Health: EPRI/LRO 5th 15 International Lighting Research Symposium The Lighting Research Office of the Electric Power Research Institute: Palo Alto, CA, pp 151–156.
- FLOYD AMD (2005). Challenging designs of neonatal intensive care units. *Critical Care Nurse*, **25**: 59-65.
- FULBROOK P, ALBARRAN JW, LATOUR JM (2005) 'A European survey of critical care nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation' *International Journal of Nursing Studies* **42**, (5) 557-568.
- GOMEZ DB, VIDAL SA, LIMA L (2017). Brazilian adaptation and validation of the Empowerment of Parents in the Intensive Care-Neonatology (EMPATHIC-N) questionnaire. *Jornal de pediatria*, **93**(2), 156-164.
- GREENEICH D (1993). The link between new and return business and quality of care:patient satisfaction, *Advances in Nursing Science* **16** (1):62-72.
- GRIFFIN T (2006). Family-centered care in the NICU. *J Perinat Neonatal Nurs*, **20**: 98-102
- GRIFFIN T (2013). A family-centered “visitation” policy in the neonatal intensive care unit that welcomes parents as partners. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*. **27**(2):160-5.
- GÜLLÜLÜ U, ERCİŞ A, ÜNAL S, YAPRAKLI Ş (2008). Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti, Detay yayıncılık, Ankara.
- HAGEN IH, VADSET TB, BARSTAD J, SVINDSETH MF (2015). Development And Validation Of Neonatal Satisfaction Survey--NSS-13. *Scand J Caring Sci*; **29**(2):395–406.
- HARRISON H (1993). The principles for family-centered neonatal care. *Pediatrics*. **92**:643–650
- HARRISON TM (2010). Family Centered Pediatric Nursing Care: State Of The Science. *Journal of Pediatric Nursing*; **25**(5): 335-343.
- HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ (1998). Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,10461/hasta-haklari-yonetmeligi.html> Erişim Tarihi: 2/6/2019
- HUNZIKER S, MCHUGH W, SARNOFF-LEE B, CANNISTRARO S, NGO L, MARCANTONIO E (2012). Predictors and correlates of dissatisfaction with intensive care. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3647885/pdf/nihms459255.pdf> Erişim tarihi: 6/6/2019

- HUTCHFIELD K (1999). Family-centred care: a concept analysis. *J Adv Nurs*; **29:11**:78-87.
- JACANO J, HICKS G, ANTONIONI C, O'BRIEN C, RASI M (1990). Comparison of perceived needs of family members between registered nurses and family members of critically ill patients in intensive care and neonatal intensive care units. *Heart Lung*. **19**:72–78.
- JOHNSON B, ABRAHAM M, CONWAY J, SIMMONS L, EDGMAN-LEVITAN S, SODOMKA P (2008). Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system. *Institute for Patient-and Family-Centered Care and Institute for Healthcare Improvement*.
- KAMERLING SN, LAWLER LC, LYNCH M, SCHWARTZ AJ (2008). Family Centered Care In The Pediatric Post Anesthesia Care Unit: Changing Practice To Promote Parental Visitation. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*; **23(1)**: 5-16.
- KARASAR N (2010). BİLİMSEL ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ. 10. baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım Ltd.Şti.
- KAVUNCUBAŞI Ş (2000). HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ, Siyasal Kitapevi, Ankara, 399 s
- KISA A, TOKGÖZ N (2007). SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları, Eskişehir, 323 s.
- KODALI S, STAMETZ RA, BENGLIER AC, CLARKE D, LAYON A, DARER J (2014). Family experience with intensive care unit care: Association of self-reported family conferences and family satisfaction. *JCritCare*; **29**:641-4. [Erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0883944114000896?via%3Dihub> Erişim tarihi: 15/6/2019
- KUDER G F, RICHARDSON M W (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*, **2(3)**, 151-160.
- LATOUR J M, DUIVENVOORDEN H J, HAZELZET JA, GOUDOEVER J B (2012). Development and validation of a neonatal intensive care parent satisfaction instrument. *Pediatric Critical Care Medicine*; **13(5)**:554-559
- LATOUR J M, HAZELZET JA, HEIJDEN A J (2005). Parent satisfaction in pediatric intensive care: a critical appraisal of the literature. *Pediatr Crit Care Med*; **6**:578-584
- LATOUR JM, HAINES C (2007). Families in the ICU: Do We Truly Consider Their Needs, Experiences And Satisfaction, *Nurs Crit Care* **12**:173-174
- LATOUR JM, VAN GOUDOEVER JB, HAZELZET JA. (2008). Parent satisfaction in the pediatric ICU. *Pediatr Clin North Am*; **55**: 779–90.

- LAWSHE CH (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, **28**, 563–575.
- LEYDEN G (1998). Consumer bill of rights: Family centered care, *Pediatric Nursing*, (24(1).
- MCLAUGHLIN K, MELBY V, COATES V (2013). Family-centered care: review of opinions among staff. *Emerg Nurse* ;**20:20–5**.
- MCPHERSON ML, SACHDEVA RC, JEFFERSON LS (2000). Development of a survey in a pediatric intensive care unit. *Critical Care Medicine*, **28**, 3009-3013.
- MEYERS TA, EICHHORN DJ, GUZZETTA CE, CLARK AP, KLEIN JD, TALIAFERRO E, CALVIN A (2000). Family presence during invasive procedures and resuscitation: the experience of family members, nurses, and physicians. *The American Journal of Nursing* **100(2)**, 32- 43
- MILLER T (2007). “Is This What Motherhood is All About?”: Weaving Experiences and Discourse through Transition to First-Time Motherhood. *Gender & Society*, **21(3)**, 337–358.
- MITCHELL-DICENSO A, GUYATT G, PAES B, BLATZ S, KIRPALANI H, FRYERS M, HUNSBERGER M, PINELLI J, VAN DOVER L, SOUTHWELL D (1996). A new measure of parent satisfaction with medical care provided in the neonatal intensive care unit. *J Clin Epidemiol*. **49**:313–318.
- OCAKÇI AF (2006). AİLE MERKEZLİ HEMŞİRELİK BAKIMI: ÇOCUĞUN AİLE MERKEZLİ BAKIMI. 1. Baskı. Dökel Matbaası, Zonguldak s: 8-27.
- ÖZDAMAR K (1999). PAKET PROGRAMLAR İLE İSTATİSTİKSEL VERİ ANALİZİ 1. Kaan Kitabevi, Eskişehir.
- ÖZDEMİR Ö (2009). Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyet Değerlendirmesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi
- PAPAMICHAEL E, IOANNOU M, TALIAS M (2018). EMPATHIC-N in a Greek-Cypriot sample: confirming its factorial structure. *BMC Health Services Research*.**18**. **10.1186/s12913-018-3793-3**.
- POWERS R, LUND CH (2005). Organization of care and quality in the NICU. Erişim Adresi: <https://obgynkey.com/organization-of-care-and-quality-in-the-nicu-2/>, Erişim tarihi: 03/04/2018
- QUINE L, RUTTER DR (1994). First diagnosis of severe mental and physical disability: a study of doctor–parent communication. *J Child Psychol Psychiatry*. **35**:1273–128

- SARAJÄRVI A, HAAPAMÄKI M, PAAVILAINEN E (2006). Emotional and informational support for families during their child's illness. *International Nursing Review*; **53(3)**:205-10.
- SLOCUMB E M, COLE F L (1991). A practical approach to content validation. *Applied Nursing Research*, **4(4)**, 192-195.
- STEWART A (1991). Carers or outsiders? The role of parents on a neonatal unit. *Midwives Chronicle Nurs Notes*.118–124
- TENGİLİMOĞLU D, IŞIK O, AKBOLAT M (2009). SAĞLIK İŞLETMELERİ YÖNETİMİ, Genişletilmiş 2. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım Tic. Ltd. Şti., Ankara. 496 s
- THOMAS L H, BOND S (1996). Measuring patients' satisfaction with nursing: 1990-1994. *J Adv Nurs*; **23**:747-756U
- TOSUN A, GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ F (2015). Çocuk Kliniklerinde Aile Merkezli Bakım Uygulamalarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. **18(2)**:131-139.
- TURGUT FM (1993). EĞİTİMDE ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME METODLARI. Pegem yayınları , Ankara
- VENEZIANO L, HOOPER J (1997). A method for quantifying content validity of health-related questionnaire, *American Journal of Health Behavior*, **21(1)**:67,70.
- WENDOVER N (2013). Changing staff attitudes towards family-witnessed resuscitation. *Emerg Nurse*, **20**:21–4
- WHITE RD, SMITH JA, SHEPLEY MM (2013). Recommended standards for newborn ICU design, *Perinatol*, **33(8)**, Erişim adresi : <https://www.nature.com/articles/jp201310.pdf> Erişim tarihi: 2/6/2019
- WHITFIELD MF (2003). Psychosocial effects of intensive care on infants and families after discharge. *Seminars in neonatology*, **8 (2)**,185-193.
- WILD D, GROVE A, MARTIN M, (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health* ,**8(2)**:94-104
- YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ (1983). Erişim Adresi:<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=3.5.85319&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=yatakl%C4%B1%20tedav> Erişim Tarihi: 2/6/2019

YAYAN E, ÖZDEMİR M, DÜKEN M, SUNA DAĞ Y (2019). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Ebeveynlerin Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **8 (1)**: 82-89

YILMAZ M (2001). Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta Memnuniyeti, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu dergisi*, **cilt: 5**, ss.69-74

YURDUGÜL H (2005). Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması, XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi, 28–30 Eylül Denizli,

ZENCİROĞLU A (2005). I., II., III. Düzey yenidoğan ünitelerinin organizasyonu ve III. düzey ünitelerde gerekleri, 13. *Ulusal Neonatoloji Kongresi (UNEKO-13) ve Yenidoğan Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı*, ss:27-30.



EKLER

EK-1: Empowerment of Parents in the Intensive Care- Neonatology (EMPATHIC-N) ölçeği' nin orijinali



Uw ervaring telt

Beste ouders,

Met deze vragenlijst 'Uw ervaring telt' willen wij graag van u vernemen hoe u de opname op de afdeling Intensive Care Neonatologie heeft ervaren.

Eerst worden een paar algemene vragen gesteld. Daarna volgen stellingen over uw ervaringen. Als u het eens bent met een stelling, zet dan een kruisje meer naar rechts; is dit niet het geval, dan zet u een kruisje meer naar links. Het is mogelijk dat een bepaalde stelling voor u niet van toepassing is. Zet dan een kruisje in de kolom 'niet van toepassing'.

Voorbeeld:

	beslist NIET zo					beslist WEL zo	niet van toepassing
Wij kregen elke dag een kopje koffie	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐
We konden onze spullen altijd veilig opbergen	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐
Er was altijd plaats in de parkeergarage	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒

Op de laatste pagina kunt u ideeën voor verbetering of uw ervaringen schrijven.

Namens alle verpleegkundigen, nurse practitioners en artsen van de IC-Neonatologie danken wij u voor uw bereidwillige medewerking.

Jos Latour

Verpleegkundige en onderzoeker

ALGEMEEN

In dit deel worden een aantal algemene vragen gesteld over uzelf en uw gezin.

Wie gaat deze vragenlijst invullen: ☐ moeder
☐ vader
☐ moeder en vader samen
☐ anders:

Welke cultuur past het meeste bij uw gezin? ☐ Nederlandse
(meerdere antwoorden mogelijk) ☐ Marokkaanse
☐ Turkse
☐ Surinaamse
☐ Antilliaanse
☐ anders, namelijk

Informatie		beslist NIET zo					beslist WEL zo					niet van toepassing
Wij hadden dagelijks een gesprek over de zorg en behandeling van ons kind met de artsen en verpleegkundigen		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Onze vragen werden duidelijk beantwoord door de artsen en verpleegkundigen		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De artsen en verpleegkundigen gaven dezelfde informatie		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Als de lichamelijke toestand van ons kind achteruit ging, kregen we dit meteen te horen		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wij hadden duidelijke informatie gekregen over het ziektebeeld van ons kind van de artsen en verpleegkundigen		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De arts had ons de gevolgen van de behandeling van ons kind duidelijk verteld		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De artsen en verpleegkundigen gaven heldere informatie over de onderzoeken en ingrepen		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De artsen en verpleegkundigen gaven duidelijke informatie over de werking van de medicijnen		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De artsen hadden informatie gegeven over het toekomstperspectief van ons kind		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In de zorgvids die we kregen, stond alles duidelijk en volledig geschreven		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De informatie die de artsen en verpleegkundigen gaven was voor ons heel begrijpelijk		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De artsen en verpleegkundigen gaven eerlijke informatie		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zorg en behandeling		beslist NIET zo					beslist WEL zo					niet van toepassing
De artsen en verpleegkundigen werkten goed samen		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Het team had aandacht voor het voorkomen en/of behandelen van pijn bij ons kind		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De artsen en verpleegkundigen verstaan hun vak, ze weten wat ze doen		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De juiste medicatie was altijd op tijd gegeven		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De artsen en verpleegkundigen waren op de hoogte van de medische voorgeschiedenis van ons kind		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De artsen en verpleegkundigen hadden aandacht voor het ontwikkelingsniveau van ons kind		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Als de situatie van ons kind verslechterde, werd meteen actie ondernomen door de artsen en verpleegkundigen		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Er werd goed gereageerd op de verlangens van ons kind		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Het team werkte aan een gezamenlijk doel: de beste zorg en behandeling voor ons kind en onszelf		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De artsen en verpleegkundigen hielden goed rekening met het comfort van ons kind		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wij wisten elke dag wie van de artsen en verpleegkundigen verantwoordelijk was voor ons kind		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wij werden emotioneel goed gesteund door de artsen en verpleegkundigen		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De artsen en verpleegkundigen reageerden goed op onze eigen behoeften		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Het team was zorgzaam naar ons kind en onszelf		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bij acute situaties was er altijd een verpleegkundige die ons begeleidde		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De verpleegkundigen zorgden altijd dat ons kind netjes en verzorgd in de couveuse/bedje lag		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De overdracht tussen collega's van de IC-afdeling en kinderafdeling was goed gelopen		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	beslist IET zo						beslist WEL zo	niet van toepassing
Ouderparticipatie								
Wij werden actief betrokken in de besluitvormingen over de behandeling van ons kind	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wij werden gestimuleerd om dicht bij ons kind te zijn	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wij hadden vertrouwen in het team	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ook tijdens intensieve handelingen konden wij altijd dicht bij ons kind blijven	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De verpleegkundigen stimuleerden ons om mee te helpen in de zorg van ons kind	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De verpleegkundigen hielpen ons met de hechting tussen ons kind en onszelf	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De zorg van ons pasgeboren kind werd ons geleerd door de verpleegkundigen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De zorg van ons kind was voor de overplaatsing nog met ons besproken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Organisatie								
Het verblijf op de IC-Neonatologie afdeling gaf ons een veilig gevoel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De couveuse of het bedje van ons kind was schoon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Het team werkte doelmatig	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De afdeling IC-Neonatologie was telefonisch goed bereikbaar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Er was voldoende ruimte rond de couveuse van ons kind	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De IC-Neonatologie afdeling was schoon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Het geluid op de IC-Neonatologie afdeling was gedempt voor zover dat mogelijk was	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Op de IC-Neonatologie afdeling was een goede sfeer zonder agressief gedrag	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Professionele attitude								
De verpleegkundigen en artsen hadden zich altijd met naam en functie voorgesteld	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De artsen en verpleegkundigen leefden met ons mee	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Het team werkte hygiënisch	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Het team zorgde goed voor de privacy van ons kind en onszelf	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Het team toonde respect naar ons kind en onszelf	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De artsen en verpleegkundigen voerden geen onnodige besprekingen bij de couveuse/bedje van ons kind	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De sfeer onder het personeel was aangenaam	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De artsen en verpleegkundigen gaven ons een warm en welkom gevoel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ondanks de werkdruk werd er genoeg aandacht besteed aan ons kind en onszelf door de artsen en verpleegkundigen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Er werd rekening gehouden met onze culturele achtergrond	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bij de artsen en verpleegkundigen stond de gezondheid van ons kind altijd voorop	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De artsen en verpleegkundigen hadden altijd een luisterend oor	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Algemene ervaring

Deze IC-Neonatologie raden wij iedereen aan als ze in een vergelijkbare situatie komen	beslist NIET zo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Als we weer in dezelfde situatie terecht zouden komen, dan willen we graag weer terugkomen bij deze IC-Neonatologie	beslist WEL zo	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Welk rapportcijfer wilt u geven over ons functioneren in het algemeen?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Uitmundend
Artsen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Nurse Practitioners	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Verpleegkundigen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Graag willen wij leren van uw ervaring. De ruimte hieronder kunt u gebruiken om uw verhaal te vertellen.

De vragenlijst kunt u in de bijgesloten antwoordenvolpette terugsturen (postzegel is niet nodig)

Vriendelijk dank voor uw bereidwillige medewerking,

Jos Latour, verpleegkundige en onderzoeker

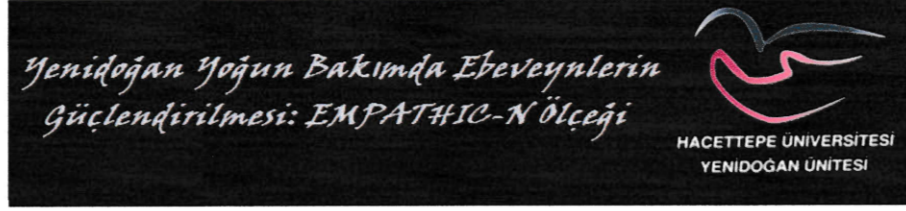
Uw ervaringen over de OPNAME periode

Uw ervaringen over het VERBLIJF

Uw ervaringen over de OVERPLAATSING

Uw ALGEMENE ervaringen

EK-2: Yenidoğan Yoğun Bakımda Ebeveynlerin Güçlendirilmesi: Empathic-N



Sizin Deneyiminiz Hesaba Katılıyor

Değerli ebeveynler,
"Sizin Deneyiminiz Hesaba Katılıyor" adlı anket aracılığıyla, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde sunulan hizmetleri nasıl deneyimlediğinizi öğrenmek istiyoruz.

Öncelikle birkaç genel nitelikli soru sorulacaktır. Ardından, deneyimleriniz hakkında bazı ifadeler kullanılacaktır. İfadelerin içeriği ile aynı görüşteyseniz, sağa tarafa doğru çarpı işareti koyunuz. Eğer aynı görüşte değilseniz, sol tarafa doğru çarpı işareti koyunuz. Belli bir ifadenin içeriği, sizin durumunuzla ilgili olmayabilir. Bu durumda, 'Geçerli Değil' sütununa bir çarpı işareti koyunuz.

Örnek:

Her gün kahve ikram edildi.

Özel eşyalarımızı güvenli bir şekilde muhafaza edebiliyorduk.

Park ederken yer bulmakta sorun yaşamadık.

Hiç Katılmıyorum	Tamamen Katılıyorum	Geçerli Değil
☐	☒	☐
☐	☒	☐
☐	☐	☒

Son sayfada iyileştirme için öneri veya görüşlerinizi yazabilirsiniz.

Yenidoğan yoğun bakım ünitesi'nin tüm hemşireler ve doktorları adına işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Sevilay ÖZSOY
Hemşire ve araştırmacı

Doç. Dr. Yasemin Akbulut
Danışman

Genel

Bu bölümde siz ve aileniz ile ilgili birkaç genel soru sorulacaktır.

Anketi dolduran kişi:

☐	Anne
☐	Baba
☐	Anne ve Baba
☐	Diğer

Çocuğumuz hafta doğdu

Çoğul gebelik durumu;

İkiz	☐
Üçüz	☐
Daha fazla	☐

Daha önce çocuklarınızdan yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi olan oldu mu?

☐	Hayır
☐	Evet yine bu hastanede
☐	Evet başka bir hastanenin yenidoğan bakım ünitesinde

Bilgi

- Çocuğumuzun bakımı ve tedavisi hakkında günlük olarak doktor ve hemşirelerle görüşmelerimiz oldu.
- Sorularımız doktor ve hemşireler tarafından net bir şekilde yanıtlandı.
- Doktor ve hemşireler aynı bilgiyi verdiler.
- Çocuğumuzun fiziksel durumu kötüleştiğinde bize hemen haber verildi.
- Çocuğumuzun hastalığının yapısı hakkında doktor ve hemşirelerden net bir bilgi aldık.
- Doktor bize çocuğumuzun tedavisinin sonuçlarını net olarak anlattı.
- Doktor ve hemşireler, yapılan inceleme ve müdahaleler konusunda anlaşılır türden bilgi verdiler.
- Doktor ve hemşireler, ilaçların etkisi konusunda net bir bilgi verdiler.
- Doktorlar, çocuğumuzun gelecekteki olası durumu hakkında bilgi verdiler.
- Bize verilen bakım rehberinde herşey açık, net ve eksiksiz biçimde yazıldı.
- Doktorlar ve hemşirelerin bize verdiği bilgi çok anlaşılır nitelikteydi.
- Doktorlar ve hemşireler, bizi dürüstçe bilgilendirdiler.

Hiç Katılmıyorum	Tamamen Katılıyorum	Geçerli Değil
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

Bakım ve Tedavi

- Doktorlar ve hemşirelerin arasında iyi bir işbirliği vardı.
- Birimdeki ekip, çocuğumuzun ağrısını önleme ve/veya tedavi konusuna dikkat etti.
- Doktorlar ve hemşireler, mesleğine hakim durumdalar, ne yaptıklarının farkındalar.
- Her zaman , zamanında ve doğru ilaçlar verildi.
- Doktorlar ve hemşirelerin çocuğumuzun tıbbi geçmişi hakkında bilgileri vardı.
- Doktorlar ve hemşireler çocuğumuzun gelişim düzeyini dikkate aldılar.
- Çocuğumuzun durumu kötüleştiğinde, doktorlar ve hemşireler tarafından hemen müdahale edildi.
- Çocuğumuzun isteklerine karşı duyarlı davranıldı.
- Birimdeki ekip, ortak bir hedefe yönelik çalıştı. Bu hedef ise; çocuğumuz ve bizim için en iyi bakım ve tedaviyi vermektir.
- Doktorlar ve hemşireler, çocuğumuzun rahatını dikkate aldılar.
- Her gün, çocuğumuzun, doktorlar ve hemşirelerden hangisinin sorumluluğunda olduğunu biliyorduk.
- Duygusal açıdan, doktorlar ve hemşirelerden çok iyi destek aldık.
- Doktorlar ve hemşireler,bizim kendi ihtiyaçlarımıza karşı duyarlı davrandılar.
- Birimdeki ekip, çocuğumuza ve bize karşı hep itinalı davrandılar.
- Acil durumlarda bize yol gösteren bir hemşire her zaman bulunuyordu.
- Hemşireler, çocuğumuzun her zaman temiz ve bakımlı olarak kuvözde ya da yatağında yatmasını sağladılar.
- Yenidoğan yoğun bakım ünitesinden, pediatri birimine sevk aşamasında çocuğumuzun transferi iyi gerçekleşti.

Hiç Katılmıyorum	Tamamen Katılıyorum	Geçerli Değil
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

Ebeveyn Katılımı

- Çocuğumuzun tedavisi hakkındaki karar alma süreçlerine etkin biçimde katılımımız sağlandı.
- Çocuğumuzun yanında bulunmaya teşvik edildik.
- Birimdeki ekibe güvenimiz oluştu.
- Yoğun işlemler esnasında bile sürekli çocuğumuzun yanında durabildik.
- Hemşireler, çocuğumuzun bakımı esnasında yardımcı olmak için bizi teşvik ettiler.
- Hemşireler, çocuğumuzla aramızda ki bağı güçlendirmede bize yardımcı oldular.
- Hemşireler, yeni doğan bebeğimizin bakımını bize öğrettiler.
- Taburcu olmadan önce çocuğumuzun bakımı hakkında tekrar görüşülmüştür.

Hiç Katılmıyorum	Tamamen Katılıyorum	Geçerli Değil
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

Organizasyon

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde kalışımız, bize güven hissi verdi.

Çocuğumuzun kuvvüzü / yatağı temizdi.

Yenidoğan Yoğun Bakım ekibi, etkin ve amaca yönelik çalıştı.

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine telefonla ulaşmak kolaydı.

Çocuğumuzun kuvvüzünün/yatağının etrafında yeterli düzeyde boş alan vardı.

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi temizdi.

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'ndeki ses düzeyi mümkün olduğu kadar düşüktü.

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde agresif davranışları olan kişiler yoktu ve iyi bir atmosfer mevcuttu.

Hiç Katılmıyorum	Tamamen Katılıyorum	Geçerli Değil
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

Profesyonel Tutum

Doktorlar ve hemşireler, her zaman kendilerini adları ve görevleriyle tanıttılar.

Doktorlar ve hemşireler, acılarımızı ve mutluluklarımızı paylaştılar.

Birimdeki ekip, temizlik kurallarına uygun çalıştı.

Birimdeki ekip, bizim ve çocuğumuzun mahremiyetine gereken özeni gösterdi.

Birimdeki ekip, çocuğumuza ve bize saygı gösterdi.

Doktorlar ve hemşireler, çocuğumuzun kuvvüzünün/yatağının yanında hiçbir gereksiz konuşma/sohbet yapmadılar.

Personeller arasında atmosfer güzeldi.

Doktorlar ve hemşireler, bize sıcak ve huzurlu bir ortam verdiler.

İş yoğunluğuna rağmen doktorlar ve hemşireler tarafından çocuğumuza ve bize yeterince ilgi gösterildi.

Kültürel geçmişimizi/kökenimizi dikkate aldılar.

Doktorlar ve hemşireler, çocuğumuzun sağlığını öncelik sırasında her zaman en öne aldılar.

Doktorlar ve hemşireler, soru ve sorunlarımızı dinlemeye her zaman hazırıldılar.

Hiç Katılmıyorum	Tamamen Katılıyorum	Geçerli Değil
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

Genel Deneyim

Eğer benzer bir durumla karşılaşırsak, bu Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesini herkese tavsiye ederiz.

Eğer aynı durumla bir kez daha karşılaşırsak, bu Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine yine gelmeyi memnuniyetle isteriz.

Çalışma biçimimiz hakkında not vermek gerekse, genel olarak hangi notu vermek isterdiniz?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mükemmel
Çok Kötü											
Doktorlar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Hemşireler	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Diğer Çalışanlar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Yaşadığınız deneyimlerden memnuniyetle ders çıkarmak isteriz. Aşağıdaki boşlukları, yaşadıklarınızı anlatmak için kullanabilirsiniz.

HASTANEYE KABUL EDİLİŞ döneminizle ilgili deneyimleriniz

--

HASTANEDE KALİŞ döneminizle ilgili deneyimleriniz

--

YER DEĞİŞTİRME (NAKİL) döneminizle ilgili deneyimleriniz

--

GENEL ANLAMDA deneyimleriniz

--

Sevilay ÖZSOY
Hemşire, Araştırmacı

EK-3: Ölçek Sahibinin İzni Alındığını Gösterir Belge



Jos Latour <jos.latour@plymouth.ac.uk>

Wed 5/3, 10:37 AM

You



Reply



EMPATHIC-N_57-items.d...
364 KB



EMPATHIC-N_57items_E...
142 KB



2012_Latour_etal_Validat...
108 KB



Show all 5 attachments (795 KB) Download all Save all to OneDrive - Personal

Dear Sevilay,

Thank you very much of your interest in the EMPATHIC-N questionnaire.

I am happy to provide the EMPATHIC-N instrument to use for your study and NICU.

The only requirement to use the EMPATHIC-N questionnaire is to reference the original article in all publications that might appear from your study including presentations.

Attached are the following files:

1. EMPATHIC-N the original Dutch version tested on validity and reliability.
2. EMPATHIC-N, the English version, translated but not tested.
3. The original reference of the EMPATHIC-N questionnaire.
4. Article Wild et al 2005. Suggested method of translation and cultural adaptation.
5. and for your convenience, I also prepared a draft study protocol and translation protocol (based on Wild et al) that might be helpful for you to use/adapt.

My advice is to use the method of translation and cultural adaptation described by Wild et al. 2005 (see attached).

Kind regards,

Jos Latour

Professor Jos M. Latour

Professor in Clinical Nursing

School of Nursing and Midwifery | Faculty of Health and Human Sciences | Plymouth University | 3 Portland Villas| Room 101 | Drake Circus,
Plymouth PL4 8AA | United Kingdom

Tel +44 (0)1752 586578| Mob +44 (0)7771 882034| Email jos.latour@plymouth.ac.uk

Protocol

EMpowerment of PArents in THE Intensive Care – Neonatology: the EMPATHIC-N [country or city name] Study

protocol version/date: version 1; [date]

- 1. Investigators** [names and full addresses of local investigators]
Professor Jos M. Latour
Plymouth University, Plymouth, United Kingdom
- 2. Research title** EMpowerment of PArents in THE Intensive Care –
Neonatology: the EMPATHIC-N [country/city] study
- 3. Running title** EMPATHIC-N [country/city] study

4. Introduction & Background

Integrating the patients' perspectives in developing quality performance indicators is one of the recent trends in healthcare.¹⁻² Patient satisfaction becomes prominent because quality improvement projects aim to improve care to the satisfaction of the patients. Many satisfaction measurements are hospital-wide and do not specifically address the various healthcare specializations.³⁻⁵ In this perspective, the pediatric medical and nursing professions hold a special position.⁶⁻¹¹ The sick child in development, from birth until the transition to adult healthcare, requires specific treatment, care, and guidance. Besides, parents have a vital role in the care of their sick child.¹² The present child- and family-centered care practices encourage parents to participate in the decision-making process about the treatment and care of their child.¹³ Within pediatrics the complexity of care is diverse. The subspecialty of the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) stands out on account of the often critical nature and complexity of the treatment and the care of critically ill newborns and infants.^{14,15} The way in which parents experience the care for their critically ill infant and for themselves is not structurally assessed.

The aim of parent satisfaction measurements must not exclusively be a benchmark tool for comparison with other institutions nor should it be a tool for self-glorification of the health care professionals. Studies on patient satisfaction seem to be mainly aimed at assessing the care and not so much at the overall experiences with regard to the perceived care.¹⁶ The surplus value of satisfaction outcomes is the ability to design interventions leading to quality improvements.¹⁷

A multidisciplinary approach is recommended in developing a methodologically reliable and valid parent satisfaction questionnaire. Not only the health care professionals, but also the healthcare clients should provide input. With regard to the NICU, these are usually the parents or guardians of the critically ill infants. Their involvement justifies the integration of family-centered care principles. Therefore, the perceptions and experiences of the parents must be incorporated in satisfaction instruments. The implementation of such an instrument eventually provides a tool for a close collaboration

between parents and NICU healthcare professionals with an important outcome: Improvement of care for the critically ill neonates and their parents.

5. Aims and objectives

The overall aim of the EMPATHIC-N [country or city] study is to implement a validated parent satisfaction questionnaire to evaluate the parental perceived care to improve family-centred care practices in the intensive care.

The specific objectives are:

1. To translate the validated the original Dutch EMPATHIC-N instrument into [provide language] language and to retest the instrument on its reliabilities and validity measures.
2. To evaluate the parental perceived care of NICU services and to identify improvements in family-centred care practices.

6. Methodology and data collection

Patient satisfaction has increasingly been recognized as an important factor in the assessment of the quality of healthcare services. Currently, family-centred care practices encourage parents to participate in the care of their critically ill infant. This study is directed to empower the parents in today's NICU services. Evaluating the experiences and satisfaction of parents is the primary goal. In Europe, only one validated instrument exists; the EMPATHIC-N questionnaire, with 57 items, was developed at a 30-bed NICU in the Netherlands and showed good reliability and validity results.¹⁸ This tool, the EMPATHIC-N questionnaire will be used for the [name country or city] setting. The setting of the study is the XX-bed NICU at XXX.

6.1 Instruments

Translations of the instrument will be organised via a structured method to ensure the reliability. This 10-step process includes forward and backward translation followed by testing the instrument for cognitive equivalence by asking 10 parents. Debriefing among researchers takes place during the process.¹⁹

6.2 Population

After the translation process, the instrument will be used to evaluate the parental satisfaction. Inclusion criteria are all parents whose infant has been admitted to the NICU for at least 24 hours. Exclusion criteria are parents whose child died in the NICU.

The sampling method is a non-probabilistic convenience. The sample size was calculated with the software G * Power 3.1 by referring to the previous work of Latour et al. (2011).¹⁸ The sample size of 134 participants was estimated using the two-tailed test priori Wilcoxon-Mann-Whitney test for two independent groups, with an effect size of 0.5, an α of 0.05 and a power of 0.8. Based on the number of patients admitted to the NICU result in a pool of 134 eligible to participate in the study. Considering an estimated response rate of 50% in this type of research, about XX months will be needed to recruit the required number of questionnaires.

6.3 Data analysis

Data analysis will be executed by using the Statistical Package for Social Scientists (IBM/SPSS, version 21.0). Descriptive statistics and non-parametric tests of difference will be applied. Significance will be set at $p < 0.05$.

Although the EMPATHIC-N showed sufficient reliability and validity estimates, the reliability of the translated EMPATHIC-N [country or city name] instrument will be measured with the Cronbach's alpha as a measure of internal consistency of the items within the five domains of the EMPATHIC-N instrument. Preferably a Cronbach's alpha of >0.70 represents satisfactory reliability estimates. Congruent validity will be assessed by using the Spearman's Rank correlation for estimating the relationship between the statements on domain level and four overall satisfaction-with-care scales. Means and standard deviations on item level will be calculated to determine the outcome of the satisfaction items. Non-differential validity will be used to measure the effect size (using Cohen's d) of patient and parent characteristics with the five domains of the instrument.

6.4 Ethical issues

Ethical approval of the study will be requested by the Institutional Review Board (IRB) of [institution, city]. All participants will be invited by means of a covering letter that outlines the aim of the study. Participation will be voluntary. All questionnaires will be anonymous.

7. Dissemination and intended outcomes

Collaboration with other [country] NICUs using the EMPATHIC-N instrument will be sought. Benchmarking the satisfaction outcomes increases the visibility of the NICU performance on national level.

The outcomes will be reported back to the parents via newsletters.

The satisfaction outcomes will be reviewed to identify shortcomings on current clinical practice.. Quality improvement projects are intended to develop on satisfaction items that show deprived satisfaction among parents.

8. Timeframe

The timeframe of the study is 12 months [can be shortened]. The study activities are listed in table 1.

Table 1. Timeframe EMPATHIC-N [country] study (adjust the timing)

	[Year]											
Activity	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec
Protocol approval IRB												
Translation process												
Data collection												
Data analysis												
Results ready for publication												
Dissemination of results												

9. Funding

Funding for the project is partially covered by the principle investigators.

10. Publications

The primary investigator will be the first author of the scientific output (abstracts, articles). The second investigator will be the second author and the third investigator will be the last author of all scientific output. Other project members will only be listed as co-authors based on scientific standards and the amount of work provided in the project. [the above can be amended]

References:

1. Sixma HJ, Kerssens JJ, Campen CV, et al: Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expect* 1998;1:82-95
2. ten Asbroek AH, Arah OA, Geelhoed J, et al: Developing a national performance indicator framework for the Dutch health system. *Int J Qual Health Care* 2004;16(SI):i65-71
3. Hendriks AA, Oort FJ, Vrielink MR, et al: Reliability and validity of the Satisfaction with Hospital Care Questionnaire. *Int J Qual Health Care* 2002;14:471-482
4. Hendriks AA, Vrielink MR, Smets EM, van Es SQ, De Haes JC: Improving the assessment of (in)patients' satisfaction with hospital care. *Med Care* 2001;39:270-283
5. Walsh M, Walsh A: Measuring patient satisfaction with nursing care: experience of using the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. *J Adv Nurs* 1999;29:307-315
6. Bragadottir H, Reed D: Psychometric instrument evaluation: the pediatric family satisfaction questionnaire. *Pediatric Nursing* 2002;28:475-482
7. Budreau G, Chase L: A family-centered approach to the development of a pediatric family satisfaction questionnaire. *Pediatric Nursing* 1994;20:604-608
8. Marino BL, Marino EK: Parents' report of children's hospital care: what it means for your practice. *Pediatr Nurs* 2000;26:195-198
9. Moumtzoglou A, Dafogianni C, Karra V, et al: Development and application of a questionnaire for assessing parent satisfaction with care. *Int J Qual Health Care* 2000;12:331-337
10. Schaffer P, Vaughn G, Kenner C, et al: Revision of a parent satisfaction survey based on the parent perspective. *J Pediatr Nurs* 2000;15:373-377
11. Ygge BM, Arnetz JE: Quality of paediatric care: application and validation of an instrument for measuring parent satisfaction with hospital care. *Int J Qual Health Care* 2001;13:33-343
12. Dudley SK, Carr JM: Vigilance: the experience of parents staying at the bedside of hospitalized children. *J Pediatr Nurs* 2004;19:267-275
13. Committee on Hospital Care. American Academy of Pediatrics. Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics* 2003;112:691-7
14. Gemke RJ, van der Voort E, Bos AP: [The necessity for centralization of pediatric intensive care] Noodzaak tot centralisatie van pediatrische intensive care. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141:2325-2327
15. Maybloom B, Chapple J, Davidson LL: Admissions for critically ill children: where and why? *Intensive Crit Care Nurs* 2002;18:151-161
16. Thomas LH, Bond S: Measuring patients' satisfaction with nursing: 1990-1994. *J Adv Nurs* 1996;23:747-756

17. Latour JM, Hazelzet JA, van der Heijden AJ: Parent satisfaction in pediatric intensive care: a critical appraisal of the literature. *Pediatr Crit Care Med* 2005;6:578-584
18. Latour JM, Duivenvoorden HJ, Hazelzet JA, van Goudoever JB: Development and validation of a neonatal intensive care parent satisfaction instrument. *Pediatric Critical Care Medicine* 2012;13(5):554-559
19. Wild D, Grove A, Martin M, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health* 2005; 8(2):94-104



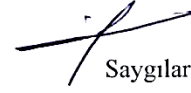
EK-5: Çalışmanın Yürütülmesi İçin İdari İzin Yazısı

12.06.2017

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar

Etik Kurulu Başkanlığına,

Bölümümüz hemşirelerinden Sevilay Özsoy'un sorumlu araştırmacısı olduğu "Yoğun Bakımda Ebeveynlerin Güçlendirilmesi – Yenidoğan : EMPATHIC-N Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması" isimli çalışması bilginiz dahilindedir ve çalışmanın yürütülmesinde kliniğimiz ve çalışanları açısından sakınca bulunmamaktadır.



Saygılarımla

Prof. Dr. Murat Yurdakök

Neonatoloji Bilim Dalı Başkanı

EK-6: Hacettepe Üniversitesi Etik Kurul İzin Yazısı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 -1049

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 12 TEMMUZ 2017 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2017/17
Proje No : GO 17/558 (Değerlendirme Tarihi: 04.07.2017)
Karar No : GO 17/558- 08

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü öğretim üyelerinde Doç. Dr. Yasemin AKBULUT' un sorumlu araştırmacı olduğu ve Hem. Sevilay ÖZSOY' un yüksek lisans tezi olan, GO 17/558 kayıt numaralı, "**Yoğun Bakımda Ebeveynlerin Güçlendirilmesi-Yenidoğan: EMPATHIC-N Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması**" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten AKARSU (Başkan) | 10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Sevdâ F. MÜFTÜOĞLU (Üye) | 11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARI (Üye) | 12. Doç. Dr. Gözde GİRGIN (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Nezihet SAĞLAM (Üye) | 13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye) | 14. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye) |
| İZİNLİ | İZİNLİ |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye) | 16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye) |
| İZİNLİ | İZİNLİ |
| 8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye) | 17. Öğr. Gör. Meltem ŞENGELN (Üye) |
| İZİNLİ | İZİNLİ |
| 9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye) | 18. Av. Meltem ONURLU (Üye) |

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için:

EK-7: Aydınlatılmış Onam Formu

Sevgili Anne yada baba;

Bebeğiniz bu yoğun bakım ünitesinde hasta olarak yattı. Siz de “hasta yakını” olarak kaydedilmiş bulunuyorsunuz. Ankette ki sorular bebeğinizin en son yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışıyla ilgilidir.

Yoğun Bakımda Ebeveynlerin Güçlendirilmesi – Yenidoğan başlıklı bu araştırma; araştırmacı Sevilay Özsoy tarafından sağlık yönetimi yüksek lisans tezinde kullanılmak üzere Danışman Prof. Dr. Yasemin Akbulut ile birlikte hazırlanmıştır.

Bu Araştırma; size bu yoğun bakım ünitesinde sunulan bakım kalitesinin tarafınızdan genel olarak değerlendirilmesiyle amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla, yoğun bakım ünitesini iyileştirebilmek için nelerin iyi yapıldığını ve nelerin daha iyi yapılabileceği planlanabilmektedir. Bu sizin ve bebeğiniz için muhtemelen çok zor bir süreç. Zaman ayırıp fikirlerinizi bizimle paylaşırsanız çok memnun oluruz. Soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz. Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz 5 bölümden oluşmaktadır. 57 soruluk, 20 dk zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olana çarpı işareti koyarak alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıda iletişim bilgileri verilmiş araştırmacı ile iletişime geçebilirsiniz.

Sorumlu Araştırmacı; Sevilay Özsoy

Hacettepe İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Prematüre Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi)

Telefon: 0312 305 1390

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐

Kabul ediyorum

Ebeveyn adı, soyadı:

Ebeveyn imzası:

Tarih:

EK-8: Ölçeğin Uzman Görüş Analizi Çalışma Formu

24.07.2019

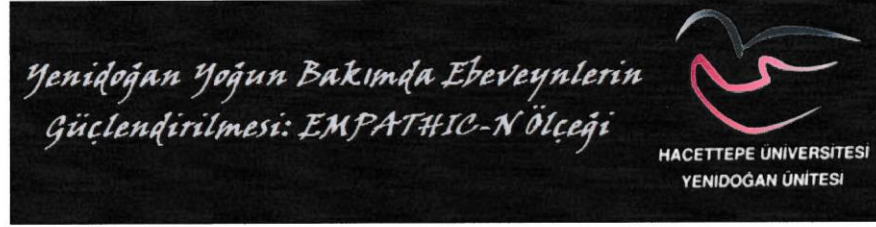
"YENİDOĞAN YOĞUN BAKIMDA EBEVEYNLERİN GÜÇLENDİRİLMESİ: EMPATHIC-N ÖLÇEĞİNİN KAPSAM GEÇERLİLİĞİ ANALİZİ ...

"YENİDOĞAN YOĞUN BAKIMDA EBEVEYNLERİN GÜÇLENDİRİLMESİ: EMPATHIC-N ÖLÇEĞİNİN KAPSAM GEÇERLİLİĞİ ANALİZİ ÇALIŞMASI

NOT: FORMU TELEFONDAN YANITLIYORSANIZ LÜTFEN EKRANI YAN ÇEVİRİN

* Gerekli

1. E-posta adresi *



Sizin Deneyiminiz Hesaba Katılıyor

Değerli katılımcı;

Yenidoğan yoğun bakımda ebeveynlerin güçlendirilmesi: EMPATHIC-N Ölçeği Türkçe uyarlama çalışmasında ölçeğin güvenilir bir araç olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ölçek kapsam geçerliliği analizi için sizin görüşleriniz bizim için önemlidir.

Aile merkezli bakım anlayışıyla sağlık hizmetinin sunulması ve sonrasında bu bakımın aile merkezli bir bakım anlayışıyla değerlendirilmesi için geliştirilmeye çalışılan bu ölçek Latour ve arkadaşlarının (2012) geliştirdiği Empowerment of Parents in The Intensive Care- Neonatology (EMPATHIC-N)" adıyla altılı Likert tipte hazırlanmış olup bilgi, bakım ve tedavi, ebeveyn katılımı, kurum, profesyonel tutum adı altında beş alt boyuttan oluşmaktadır.

- Bilgi boyutunda, yenidoğan bakımında ailelerin en önemli gereksinimlerinden biri olan kaliteli iletişim ve bilgi paylaşımının ne oranda sağlandığını,
- Bakım ve tedavi boyutunda; yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakım felsefesi ile aile ve bebeğin bakım ve tedavi gereksinimlerinin ne oranda sağlandığını,
- Ebeveyn katılımı boyutunda; kritik durumda karar aşamasına ailenin katılımının ne oranda sağlanabildiği,
- Organizasyon boyutunda ise kurumun aile ve bebeğin bakım ve ihtiyaçlarının aile merkezli bakım politikasıyla giderilmesini ne oranda sağladığını
- Profesyonel tutum boyutunda sağlık ekibinin etik ve aile merkezli bakım felsefesiyle hareket etmesinin ne oranda sağlandığı değerlendirilmiştir. Ayrıca genel deneyim başlığında ebeveynlerin yaşadığı deneyimin memnuniyete katkısını değerlendirmek amacıyla sorular sorulmuştur.

<https://docs.google.com/forms/d/13c18WIGnKcNJAFeFpssaQW72Mf-8azmR0E3C3nXII4/edit>

1/8

ÖLÇEK DEĞERLENDİRMESİ

Sizden ölçeğin kapsam geçerliliği analizi için aşağıdaki her bir maddeyi "ölçekle alakalı bir madde midir" sorusuna yönelik değerlendirmeniz ve dilererseniz maddeye ilişkin görüşünüzü açıklamamız istenmektedir. Lütfen her bir maddeyi kendi boyutunda aşağıdaki puanlamaya göre değerlendiriniz ve dilererseniz açıklama kısmına maddeye ilişkin görüşünüzü açıklayınız .

1. Çok Alakasız
2. Alakasız
3. Ne Alakalı Ne Alakasız
4. Alakalı
5. Çok Alakalı

1. GENEL BİLGİLER

Lütfen aşağıda ki sorulara eksiksiz cevap veriniz.

2. Göreviniz, Ünvanınız nedir? *

3. Meslekte Kaçınıc Yılınc ? *

4. Eğitim Durumunuz nedir? *

5. Yenidoğan Yoğun Bakım ünitesinde çalışma deneyiminiz nedir? Ne kadar süre çalıştınız? *

Adsız Başlık**2. ÖLÇEK DEĞERLENDİRMESİ**

Her bir maddeyi "ölçekle alakalı bir madde midir ?" sorusuna yönelik değerlendiriniz.

6. BİLGİ (kaliteli iletişim ve bilgi paylaşımının ne oranda sağlandığını değerlendirme) *

Her satırda yalnızca bir şıkki işaretleyin.

	çok alakasız	alakasız	ne alakalı ne alakasız	alakalı	çok alakalı
Çocuğumuzun bakımı ve tedavisi hakkında günlük olarak doktor ve hemşirelerle görüşmelerimiz oldu.	☐	☐	☐	☐	☐
Sorularımız doktor ve hemşireler tarafından net bir şekilde yanıtlandı.	☐	☐	☐	☐	☐
Doktor ve hemşireler aynı bilgiyi verdiler.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğumuzun fiziksel durumu kötüleştiğinde bize hemen haber verildi.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğumuzun hastalığının yapısı hakkında doktor ve hemşirelerden net bir bilgi aldık.	☐	☐	☐	☐	☐
Doktor bize çocuğumuzun tedavisinin sonuçlarını net olarak anlattı.	☐	☐	☐	☐	☐
Doktor ve hemşireler, yapılan inceleme ve müdahaleler konusunda anlaşılır türden bilgi verdiler.	☐	☐	☐	☐	☐
Doktor ve hemşireler, ilaçların etkisi konusunda net bir bilgi verdiler.	☐	☐	☐	☐	☐
Doktorlar, çocuğumuzun gelecekteki olası durumu hakkında bilgi verdiler.	☐	☐	☐	☐	☐
Bize verilen bakım rehberinde herşey açık, net ve eksiksiz biçimde yazılıdır.	☐	☐	☐	☐	☐
Doktorlar ve hemşirelerin bize verdiği bilgi çok anlaşılır nitelikteydi.	☐	☐	☐	☐	☐
Doktorlar ve hemşireler, bizi dürüstçe bilgilendirdiler.	☐	☐	☐	☐	☐

7. Açıklama

8. BAKIM VE TEDAVİ (Aile merkezli bakım felsefesi ile aile ve bebeğin bakım ve tedavi gereksinimlerinin ne oranda sağlandığını değerlendirir.) *

Her satırda yalnızca bir şıkki işaretleyin.

	çok alakasız	alakasız	ne alakalı ne alakasız	alakalı	çok alakalı
Doktorlar ve hemşirelerin arasında iyi bir işbirliği vardı	☐	☐	☐	☐	☐
Birimdeki ekip, çocuğumuzun ağrısını önleme ve/veya tedavi konusuna dikkat etti.	☐	☐	☐	☐	☐
Doktorlar ve hemşireler, mesleğine hakim durumdalar, ne yaptıklarının farkındalar.	☐	☐	☐	☐	☐
Her zaman , zamanında ve doğru ilaçlar verildi.	☐	☐	☐	☐	☐
Doktorlar ve hemşirelerin çocuğumuzun tıbbi geçmişi hakkında bilgileri vardı.	☐	☐	☐	☐	☐
Doktorlar ve hemşireler çocuğumuzun gelişim düzeyini dikkate aldılar.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğumuzun durumu kötüleştiğinde, doktorlar ve hemşireler tarafından hemen müdahale edildi.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğumuzun isteklerine karşı duyarlı davranıldı.	☐	☐	☐	☐	☐
Birimdeki ekip, ortak bir hedefe yönelik çalıştı. Bu hedef ise; çocuğumuz ve bizim için en iyi bakım ve tedaviyi vermektir.	☐	☐	☐	☐	☐
Doktorlar ve hemşireler, çocuğumuzun rahatını dikkate aldılar.	☐	☐	☐	☐	☐
Her gün, çocuğumuzun, doktorlar ve hemşirelerden hangisinin sorumluluğunda olduğunu biliyorduk.	☐	☐	☐	☐	☐
Duygusal açıdan, doktorlar ve hemşirelerden çok iyi destek aldık.	☐	☐	☐	☐	☐
Doktorlar ve hemşireler,bizim kendi ihtiyaçlarımıza karşı duyarlı davrandılar.	☐	☐	☐	☐	☐
Birimdeki ekip, çocuğumuza ve bize karşı hep itinalı davrandılar.	☐	☐	☐	☐	☐
Acil durumlarda bize yol gösteren bir hemşire her zaman bulunuyordu.	☐	☐	☐	☐	☐
Hemşireler, çocuğumuzun her zaman temiz ve bakımlı olarak kuvözde ya da yatağında yatmasını sağladılar.	☐	☐	☐	☐	☐
Yenidoğan yoğun bakım ünitesinden, pediatri birimine sevk aşamasında çocuğumuzun transferi iyi gerçekleşti.	☐	☐	☐	☐	☐

9. Açıklama

10. EBEVEYN KATILIMI (Ebeveynlerin bebeklerinin yatışından , evde bakımına kadar bakım ve tedaviye aktif katılmasının ve tedavi sürecinde etkin kararlar vermesinin ne oranda sağlandığını değerlendirir.) *

Her satırda yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	çok alakasız	alakasız	ne alakalı ne alakasız	alakalı	çok alakalı
Çocuğumuzun tedavisi hakkındaki karar alma süreçlerine etkin biçimde katılımımız sağlandı.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğumuzun yanında bulunmaya teşvik edildik.	☐	☐	☐	☐	☐
Birimdeki ekibe güvenimiz oluştu.	☐	☐	☐	☐	☐
Yoğun işlemler esnasında bile sürekli çocuğumuzun yanında durabildik.	☐	☐	☐	☐	☐
Hemşireler, çocuğumuzun bakımı esnasında yardımcı olmak için bizi teşvik ettiler.	☐	☐	☐	☐	☐
Hemşireler, çocuğumuzla aramızda ki bağı güçlendirmede bize yardımcı oldular.	☐	☐	☐	☐	☐
Hemşireler, yeni doğan bebeğimizin bakımını bize öğrettiler.	☐	☐	☐	☐	☐
Taburcu olmadan önce çocuğumuzun bakımı hakkında tekrar görüşülmüştür.	☐	☐	☐	☐	☐

11. Açıklama

12. ORGANİZASYON (Yoğun bakım ünitesinde uygulama ve politikaların aile merkezli bakım felsefesinde ne kadar uygulanabildiğini değerlendirir.) *

Her satırda yalnızca bir şıkki işaretleyin.

	çok alakasız	alakasız	ne alakalı ne alakasız	alakalı	çok alakalı
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde kalışımız, bize güven hissi verdi.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğumuzun kuvvüzü / yatağı temizdi.	☐	☐	☐	☐	☐
Yenidoğan Yoğun Bakım ekibi, etkin ve amaca yönelik çalıştı.	☐	☐	☐	☐	☐
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine telefonla ulaşmak kolaydı.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğumuzun kuvvüzünün/yatağının etrafında yeterli düzeyde boş alan vardı.	☐	☐	☐	☐	☐
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi temizdi.	☐	☐	☐	☐	☐
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'ndeki ses düzeyi mümkün olduğu kadar düşüktü.	☐	☐	☐	☐	☐
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde agresif davranışları olan kişiler yoktu ve iyi bir atmosfer mevcuttu.	☐	☐	☐	☐	☐

13. Açıklama

14. PROFESYONEL TUTUM (Yoğun bakım ünitesinde sağlık çalışanlarının etik ve aile merkezli bakım felsefesiyle ne oranda hizmet verdiğini değerlendirir.) *

Her satırda yalnızca bir şıkki işaretleyin.

	çok alakasız	alakasız	ne alakalı ne alakasız	alakalı	çok alakalı
Doktorlar ve hemşireler, her zaman kendilerini adları ve görevleriyle tanıttılar.	☐	☐	☐	☐	☐
Doktorlar ve hemşireler, acılarımızı ve mutluluklarımızı paylaştılar.	☐	☐	☐	☐	☐
Birimdeki ekip, temizlik kurallarına uygun çalıştı.	☐	☐	☐	☐	☐
Birimdeki ekip,bizim ve çocuğumuzun mahremiyetine gereken özeni gösterdi.	☐	☐	☐	☐	☐
Birimdeki ekip, çocuğumuza ve bize saygı gösterdi.	☐	☐	☐	☐	☐
Doktorlar ve hemşireler, çocuğumuzun kuvvözünün/yatağının yanında hiçbir gereksiz konuşma/sohbet yapmadılar.	☐	☐	☐	☐	☐
Personeller arasında atmosfer güzeldi.	☐	☐	☐	☐	☐
Doktorlar ve hemşireler, bize sıcak ve huzurlu bir ortam verdiler.	☐	☐	☐	☐	☐
İş yoğunluğuna rağmen doktorlar ve hemşireler tarafından çocuğumuza ve bize yeterince ilgi gösterildi.	☐	☐	☐	☐	☐
Kültürel geçmişimizi/kökenimizi dikkate aldılar.	☐	☐	☐	☐	☐
Doktorlar ve hemşireler, çocuğumuzun sağlığını öncelik sırasında her zaman en öne aldılar.	☐	☐	☐	☐	☐
Doktorlar ve hemşireler, soru ve sorunlarımızı dinlemeye her zaman hazırıldılar.	☐	☐	☐	☐	☐

15. Açıklama

16. GENEL DENEYİM (Ebeveynlerin yaşadığı deneyimin memnuniyete katkısını değerlendirir.) *

Her satırda yalnızca bir şıkki işaretleyin.

	çok alakasız	alakasız	ne alakalı ne alakasız	alakalı	çok alakalı
Eğer benzer bir durumla karşılaşılırsa, bu Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesini herkese tavsiye ederiz.	☐	☐	☐	☐	☐
Eğer aynı durumla bir kez daha karşılaşsak, bu yenidoğan yoğun bakım ünitesine yine gelmeyi memnuniyetle isteriz.	☐	☐	☐	☐	☐
Çalışma biçimimiz hakkında not vermek gerekse, genel olarak hangi notu vermek isterdiniz? (1 puan çok kötü, 10 puan mükemmel)	☐	☐	☐	☐	☐

☐ Yanıtlarımın bir kopyasını bana gönder.Powered by
 Google Forms

ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı: Sevilay

Soyadı: Özsoy

Doğum Yeri ve Tarihi: Anamur, 03.01.1986

Uyruğu: T.C.

Medeni Durumu: Evli

İletişim Adresi ve Telefonu: Hacettepe üniversitesi İhsan Doğramacı

Çocuk Hastanesi Bölüm 39 Gevher Nesibe Caddesi, 06230

Altındağ/Ankara, 03123051390

II. Eğitim

Ortaöğretim: Alanya Ayşe Melahat Erkin Anadolu Lisesi 1998-2002

(Yabancı Dil: İngilizce)

Lise: Türkiye Odalar Ve Borsalar Birliği Fen Lisesi, 2002-2005

(Yabancı Dil: İngilizce)

Lisans: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik

Bölümü, 2006-2009 (Yabancı Dil: İngilizce)

Yüksek lisans: Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü . Sağlık

Yönetimi Anabilim Dalı (2015- 2019)

III: Ünvanı

Hemşire, Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi

IV. Mesleki Deneyimi

V. Üye Olduğu Kuruluşlar

VI. Bilimsel İlgi Alanları

Kalite yönetimi, hasta memnuniyeti

VII. Bilimsel Etkinlikler

Cpr Eğitimi, 1 Saatlik Eğitim, 16.11.2017, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

İş Sağlığı Ve Güvenliği Eğitimi, 16 Saatlik Hizmet İçi Eğitim, 2015, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Pulse Oksimetre Eğitimi, 2 Saatlik Hizmet İçi Eğitim, 2016, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Çocuk Gelişim Dönemleri, 1 Saatlik Hizmet İçi Eğitim , 14.12.2017, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Kateter Enfeksiyon Eğitimi, 1saatlik Hizmet İçi Eğitim, 23.11.2017, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Çocuk İhmal Ve İstismarı, 1saatlik Hizmet İçi Eğitim, 01.12.2017, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Hasta Hakları Ve Sorumlulukları, 1saatlik Hizmet İçi Eğitim, 07.12.2017, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Anne Sütü Eğitimi, 8 Saatlik Hizmet İçi Eğitim 16-17/10.2018, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Cpr Eğitimi, 1saatlik Hizmet İçi Eğitim, 14.02.2019, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Tesis Güvenliği Eğitimi, 1saatlik Hizmet İçi Eğitim, 21.02.2019, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

İsbar Eğitimi, 2 saatlik Hizmet İçi Eğitim, 22.03.2019, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

VIII. Diğer Bilgiler

Bildirisiz Katıldığı Kongre ve Bilimsel Toplantılar (Sertifikalı)

Zekai Tahir Burak Yenidoğan Günleri, 16 saatlik eğitim, 2015, Ankara

HİDERİM , Katater Bakım Sanatı, 30.11.2016, 16 Saatlik Eğitim , Ankara