



T. C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇOCUKLARIN GÖZÜ İLE
BAKIM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: BİR ÖLÇEK
GELİŞTİRME ÇALIŞMASI

Merve YILMAZ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğretim Üyesi Bedriye AK

Temmuz 2018
BOLU

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği / oy çokluğu ile Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans / Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç.Dr. Yurdanur DİKMEN – Jüri Başkanı
(Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü)

Dr. Öğretim Üyesi Bedriye AK- Danışman
(Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık
Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü)

Dr. Öğretim Üyesi Rabia KEÇİALAN- Üye
(Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık
Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü)

(imza)

(imza)

(imza)

Rabia Keçialan

Tarih: 13/07/2018

Bu tez ile Bolu AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Merve YILMAZ'ın Yüksek Lisans / ~~Doktora~~ derecesini onaylamıştır.

Prof. Dr. Erol AYAZ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

(imza)

ÖZET

ÇOCUKLARIN GÖZÜ İLE BAKIM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI

Araştırma, çocuk kliniklerinin primer bakım alıcıları olan çocuklar tarafından bakım kalitesinin değerlendirilmesine yönelik geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirmek amacıyla yürütülmüştür.

Araştırma metodolojik tiptedir. Çalışmanın örneklemini Ankara il merkezindeki üç hastanenin çocuk kliniklerinde yatan 7-13 yaş grubu 354 çocuk oluşturmuştur. Çalışmanın verileri Kişisel Bilgi Formu ve Çocukların Gözü İle Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Taslak Ölçeği ile toplanmıştır.

İlgili literatür doğrultusunda oluşturulan madde havuzundan seçilen maddelerin oluşturduğu taslak ölçek için kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliği yapılmıştır. Yapı geçerliliği için açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği için madde, iç tutarlılık, yarı test ve test tekrar test analizleri yapılmıştır. Ölçeğin açımlayıcı faktör analizi sonucunda toplam varyansın %57.38'ini açıklayan üç faktörlü bir yapıya sahip olduğu saptanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde veri seti kabul edilebilir ve mükemmel uyum gösteren bir model olarak belirlenmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık kat sayısının 0.86 ve alt boyutlarının 0.82 - 0.77 arasında olduğu saptanmıştır. Ölçekten çocukların aldığı puan ortalamasının 37.82 ± 12.18 olduğu ancak ölçeğin alt boyutlarından psikososyal bakım puan ortalamasının (9.33 ± 4.69) çok düşük olduğu bulunmuştur.

Araştırmanın sonucunda, geçerli ve güvenilir 15 maddeden oluşan ve “psikososyal bakım”, “fiziksel bakım” ve “bilgilendirme” adlı üç boyutu olan Çocukların Gözü İle Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği geliştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bakım kalitesi, Çocuk, Çocuk hemşireliği, Bakım memnuniyeti, Güvenilirlik ve geçerlilik, Ölçek geliştirme

ABSTRACT

EVALUATION OF QUALITY OF CARE FROM CHILDRENS POINT OF VIEW: A SCALE DEVELOPMENT STUDY

This study has been carried out to develop a tool that is valid and reliable, in creating a scale to evaluate the quality of care by the children who are the primary care receiver of pediatric clinics.

The study is methodological. The study sample consisted of 354 children aged between 7-13 years who were inpatient at the pediatric clinics of the three hospitals in center in the province of Ankara, Turkey. The data for the study was collected through Personal Information Form and Quality of Care Evaluation Draft Scale.

Content validity and construct validity has been conducted for the draft scale created by the items selected from items pool of creating in accordance with the relevant literature. Exploratory and confirmatory factor analysis were conducted for construct validity. Internal consistency, item-total correlations, split half, and test-retest analysis were performed for the reliability of the scale. As a result of exploratory factor analysis of the scale, it was determined that it has three sub-dimensions which explain 57.38% of the total variance. The data set used confirmatory factor was determined to reflect an acceptable fit and a good fit model. The internal consistency coefficient of the scale was 0.86 and the subscales were between 0.82 and 0.77. It was found that the mean score of the children on the scale was 37.82 ± 12.18 , however it was found that lower the mean score (9.33 ± 4.69) of psychosocial care subscales of the scale.

As a result of the study, The Scale Evaluation Quality of Care From Children's Point of View which consist of 15 items which valid and reliable and three sub-dimensions named "psychosocial care", "physical care", "information" has been developed.

Keywords: Quality of care, Children, Pediatric nursing, Satisfaction of care, Validity and reliability, Scale development

TEŐEKKÖR

Yüksek lisans eğitim süreci boyunca bana her konuda yardımcı olan, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen çok değerli Tez Danışmanı Hocam Sayın Dr. Öğretim Üyesi Bedriye AK'a,

Çalışmanın her aşamasında bana sonsuz destek olan değerli Ankara Üniversitesi Cebeci Hastanesi Başhemşire Yardımcısı Nevin TAŐYAPAR'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteğini hiçbir zaman esirgemeyen İsmail Tekin'e

Hayatım boyunca her an yanımda olan ve beni destekleyen başta annem ve babam olmak üzere ailemin diğer üyelerine sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Merve YILMAZ

İÇİNDEKİLER

ONAY	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iii
TABLolar	vii
GRAFİK VE ŞEKİLLER.....	vii
SİMGE VE KISALTMALAR.....	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Kalite Kavramı.....	5
2.1.1. Kalitenin tanımı	5
2.1.2. Kalitenin tarihsel gelişimi	6
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı.....	6
2.2.1. Sağlık hizmetlerinde hemşirelik bakımının yeri	9
2.2.2. Hemşirelik bakım kalitesi	10
2.2.3. Pediatri hemşireliğinde bakım kalitesi	13
2.2.4. Bakım kalitesinin değerlendirilmesi.....	17
2.2.5. Hasta memnuniyeti	19
2.2.6. Pediatrik Bakıma İlişkin Memnuniyet	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Şekli.....	23
3.2. Araştırmanın Alt Problemleri	23
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	23
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.5. Araştırmanın Örneklemi.....	25
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	26
3.7. Tanımlar	26
3.8. Veri Toplama Araçları	26

3.9. Verilerin Toplanması.....	27
3.10. Araştırmanın Aşamaları.....	28
3.11. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
3.13. Araştırmanın Etik Yönü.....	32
4. BULGULAR.....	33
4.1. Ölçek Geliştirme Çalışmasına İlişkin Bulgular.....	33
4.1.1. Geçerlilik Çalışmaları.....	33
4.1.2. Güvenilirlik Analizleri.....	39
4.2. Çocukların Tanıtıcı Bilgilerine İlişkin Bulgular.....	45
4.3. Çocukların Gözü İle Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeğinin Toplam Puan Ortalaması Ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	47
5. TARTIŞMA.....	53
5.1. Ölçek Geliştirme Çalışması Bulgularına Yönelik Tartışma	54
5.1.1. Ölçeğin maddelerinin oluşturulması.....	54
5.1.2. Geçerlilik çalışması.....	55
5.1.3. Güvenilirlik Çalışması.....	60
5.2. Çocukların Tanıtıcı Bilgilerine İlişkin Bulguların Tartışılması	62
5.3. Çocukların Gözü İle Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeğinin Toplam Puan Ortalaması Ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	66
6.1. Sonuçlar	66
6.2. Öneriler.....	68
7. KAYNAKLAR	70
8. EKLER.....	82
9. ÖZGEÇMİŞ.....	95

TABLULAR

Tablo	Sayfa
4.1. Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları	36
4.2. Nihai Ölçeğin Uyum İndeksleri ve Kabul Edilebilir İndeks Değerleri	39
4.3. Taslak Ölçeğin Madde-Toplam Puan Korelasyonu Sonuçları	40
4.4. Nihai Ölçeğin (15 Madde) Madde-Toplam Puan Korelasyonu Sonuçları...	42
4.5. Ölçeğin ve Alt Boyutlarının İç Tutarlık Analizi Sonuçları	43
4.6. Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği'nin Yarı Test Güvenirlik Analizleri	44
4.7. Ölçekten Alınan Test-Tekrar Test Puan Ortalamaları Karşılaştırılması ...	44
4.8. Çocukların ve Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	45
4.9. Çocukların Hastalık ve Hastaneye Deneyimi İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı.....	46
4.10. Çocukların Gözü İle Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeğinin Toplam Puan Ortalaması ile Alt Ölçek Puan Ortalamaları	47
4.11. Çocukların Gözü İle Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı	48
4.12 Çocukların Gözü İle Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Hastalık ve Hastaneye Deneyimi İle İlgili Özelliklere Göre Dağılımı	50
4.13. Çocukların Gözü İle Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Bazı Değişkenlerle İlişkisi.....	51

GRAFİK VE ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
2.1. Hasta Beklentilerini Etkileyen Etmenler	21
3.2. Araştırmanın Aşamaları.....	29
4.3. Nihai Ölçeğe Ait Standardize Edilmiş Katsayılar	38

Grafik	Sayfa
4.1. Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği Özdeğer Grafiği.....	35

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AFA	Açımlayıcı Faktör Analizi
AGFI	Adjustment Goodness of Fit Index
ANA	Amerikan Hemşireler Birliği
CFI	Comparative Fit Index
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GFI	Goodness of Fit Index
ICN	Uluslararası Hemşirelik Birliği
ISO	Uluslararası Standardizasyon Örgütü
JCAHO	Joint Comission for Accreditation of Healthcare Organizations
JCI	Joint Commission of International
KGİ	Kapsam Geçerlilik İndeksi
KGO	Kapsam Geçerlilik Oranı
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
NFI	Normed Fit Index
NNFI-TLI	Normed Fit Index Tucker Lewis Index
NQF	Ulusal Kalite Forumu
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
SRMR	Standardized Root Mean Square Residual

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Kalite günümüzde bütün alanlarda ön plana çıkmıştır. Uluslararası Standardizasyon Örgütü (ISO) kalite kavramını şöyle tanımlamıştır “bir ürün ya da hizmetin gereksinimleri (belirlenen ya da olabilecek) karşılama yeteneğine ilgili özelliklerin toplamıdır” (1). Kalite kavramı günümüzde her alanda ele alınmakta olup sağlık hizmetleri alanında artık vazgeçilmez bir kavram olmuştur (2). Kalite kavramının değerlendirilmesi sağlık hizmetlerinde oldukça önemli olup bu giderek önem giderek artmaktadır. Bakım kalitesi ise sağlık hizmetlerindeki kalitenin önemli bir parçasıdır ve değerlendirilmesinde başlıca iki yaklaşım benimsenmektedir. Bu yaklaşımlardan ilki bakım standartlarıdır. Standartların belirlenerek, yapılan uygulamaların standartlara uygun olup olmadığının değerlendirilmesi gerekir. Bakım kalitesinin değerlendirilmesinde ikincisi olarak hasta memnuniyeti kullanılmaktadır (3, 1).

Amerika Bileşik Devletleri’nde 1956 yılında sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti hemşirelik alanında başlamıştır. Hasta memnuniyeti, hizmet bakım kalitesinin bir parçası olarak değerlendirilmektedir (4). Hasta memnuniyeti, hasta gereksinimlerini verilen bakım ile karşılanması ya da bakımın hasta tarafından algılanmasıdır (5). Hasta memnuniyeti beklentiler ve algılar arasında karşılaştırmanın bir sonucudur (6). Sağlık bakım hizmetlerinin kaliteli sunumunda hemşire önemli bir yere sahip olmakla birlikte hasta memnuniyetinin temelini büyük ölçüde hasta-hemşire ilişkisi ile ilgili olduğu vurgulanmaktadır (7). Hemşirelerin, hastane çalışanlarının %50’sinden fazlasını oluşturduğu için sağlık bakım kalitesi üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır (8). Bu nedenle hemşire, bakım kalitesini arttırmak için bütüncül bir yaklaşımla hasta ve hasta yakınlarının bakımını planlayan, uygulayan ve sonuçları değerlendiren aynı zamanda bakım memnuniyet düzeylerini belirleyerek bakımına yön veren önemli kişilerdir (2).

Pediyatri hemşiresi çocuğun bakımını planlarken çocukların gelişim özelliklerini ve hastanenin çocuk üzerindeki etkilerini etkileri bilmelidir. Çocuğun

zihinsel, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan sağlığının korunması, geliştirilmesi ve hastalık durumunda ise iyileştirilmesi çocuk hemşireliğinin amacıdır (9). Hemşire bakımını planlarken hizmet alıcılarının gereksinimlerini ve memnuniyetlerini göz önünde bulundurur. Çocuk hastanelerinin ve kliniklerinin hizmet alıcıları öncelikle çocuk hastalardır ve çocuğun hayatında vazgeçilmez kişiler olan ebeveynleridir.

Çocuğun yaşantısında vazgeçilemez kişiler olan ebeveynler pediatrik bakım kalitesinin değerlendirilmesinde ebeveynlerin görüşleri dikkate alınmaktadır. Aile merkezli bakımın önemli olduğu çocuk kliniklerinde, bakım kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan hasta memnuniyeti çalışmalarının büyük bir çoğunluğu ebeveyn memnuniyeti üzerine odaklanmıştır. Ebeveynlerle yapılan memnuniyet çalışmalarında memnuniyetin temel bileşenlerinin klinik bakım, bilgi verme, fiziksel koşullar ile sağlık profesyonellerinin ebeveynler ile iletişimi olduğu bulunmuştur (10, 11, 12, 13, 4, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26). Ebeveynler çocuklarının isteklerini ve gereksinimlerini çok iyi tanımlayan bireyler olmasına karşın zaman zaman çocuklarının bakıma ilişkin görüşlerini ve beklentilerini ifade etmekte yetersiz kalabilir. Çünkü çocukların algıları ve etkilenimleri yetişkinlerden çok farklıdır.

Hastalık ve hastanede yatma çocuklar için önemli bir kriz nedeni olabilir. Çocuklar hastanede bilinmeyen ortam ve araç-gereçler, tanıdıkları olmayan kişiler, korkutucu sesler ve kokular farklı duyguların yaşanmasına neden olur (2). Hastanenin olumsuz etkileri ile baş etmeye çalışan çocuk için hastane deneyiminin daha olumlu yaşanmasında çocuğa bakım veren hemşirenin rolü ve önemi büyüktür. Çocuk kliniklerinin primer hizmet alıcıları olan çocukların aldıkları bakıma ilişkin beklentilerinin, algılarının ve memnuniyet düzeyleri belirlenmesi bakım kalitesinin iyileştirilmesine rehberlik edecektir (27). Aynı zamanda Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları sözleşmesinde, çocukların kendilerini etkileyen konular hakkında kendi bakış açılarıyla görüşlerini özgürce ifade etmeleri gerektiği vurgulanmaktadır (28). Literatürde, çocukların aldıkları bakım kalitesini değerlendirebilecek kapasiteye 4 yaşından sonra sahip olacakları belirtilmektedir (29).

Ülkemizde pediatrik bakım kalitesinin çocuklar tarafından değerlendirildiği kapsamlı bir çalışmaya rastlanmamış olup hemşirenin karakteristik özelliklerinin

(neşeli, üzgün, sinirli, yorgun), görev ve yetkilerinin çocuklar tarafından nasıl algılandığını inceleyen sadece bir araştırmaya rastlanmıştır (30). Yurtdışında ise konuya ilişkin çok sayıda çalışmaya rastlanmamıştır. Yurtdışında konuya ilişkin çok sayıda çalışmaya rastlanmamakla birlikte yapılan çalışmalarda bakım kalitesine yönelik olarak ağrı yönetimi, oyun ortamı, iletişim gibi alanlar değerlendirilmiştir (31, 32, 33, 34, 29, 35, 27).

Hastanede yatan çocukların hemşirelerden ne beklediklerinin bilinmesi pediatri hemşiresinin işini kolaylaştıracaktır. Çocuklar beklentilerini, algılarını ve görüşlerini bilişsel gelişim dönemlerine göre farklı yöntemlerle ifade eder. Çocukların beklentileri ve algılarını öğrenmek için küçük çocuklar için oyun, resim yapma gibi faaliyetler daha çok işe yararken büyük çocuklar için anket, ölçek gibi araçlar kullanılabilir (29, 33, 35). Okul çağı çocuklarının aldıkları bakıma ilişkin değerlendirme yapmalarını sağlayacak güvenilir bir ölçüm aracının olması çocukların bakıma ilişkin memnuniyetinin belirleyerek bakım kalitesi hakkında geri bildirim sağlamasının yanı sıra bakımın niceliği ve niteliği hakkında önemli geri bildirim sağlayacaktır (2). Ülkemizde pediatrik bakım kalitesini değerlendirilmesinde güvenilir bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Konuya ilişkin yurtdışında kullanılan ölçüm araçlarının ülkemize kazandırılması olabileceği gibi kendi kültürümüze uygun bir ölçüm aracının geliştirilmesi ile pediatrik bakım kalitesi çocuklar tarafından değerlendirilmesi mümkün olacaktır. Değerlendirme araçları ile çocukların bakım kalitesine ilişkin görüşlerinin alınması bakım kalitesinin yükseltilmesi için yapılacak uygulamalara rehberlik edecektir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Çocukların kendilerini ilgilendiren her konuda algılarını ve görüşlerini bildirme hakkına sahip olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle çocukların aldıkları hemşirelik bakımına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi pediatri hemşiresinin sorumluluklarından biridir. Bu kapsamda pediatri hemşiresinin, çocuklar tarafından bakımın değerlendirilmesinin yapılabileceği güvenilir bir ölçüm aracı gereksinimi vardır. Bu gereksinimi karşılamak için çalışmanın amacı kültürümüze uygun pediatrik bakımın 7-13 yaş grubu çocuklar tarafından değerlendirilmesini sağlayan güvenilir bir ölçüm aracının geliştirmektir. Bununla birlikte bu ölçüm aracının literatüre

kazandırılması ile çocuklar tarafından pediatrik bakım kalitesi değerlendirilmesi sağlanarak, bu değerlendirme sonuçları doğrultusunda bakım kalitesinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1.Kalite Kavramı

2.1.1. Kalitenin tanımı

Kalite nedir? Sorusuna verilebilecek oldukça çok yanıt vardır. Geçmişten günümüze kadar kalite kavramı oldukça farklı şekillerde tanımlanmıştır. Temel olarak kalite kelimesi Latince “Qualis” kelimesinden köken almış olup “Aslında öyle olmak” anlamındadır (36, 37). Kalite kelimesini Juran “Kullanıma uygunluk” olarak tanımlarken, Deming “Müşterilerin mevcut ve gelecekteki ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlamaktır” biçiminde tanımlamıştır (38, 39).

Kalite bütün sektörlerde her zaman, her yerde ve her konuda aranan en önemli özellik haline gelmiştir. Kalite, somut kriterlere bağlı olarak ölçülebildiği için nesnel ve kişisel değerler, inançlar ve tutumlara göre kişisel farklılıklar gösterdiği için de subjektif bir kavramdır (40, 41). Uluslararası Standardizasyon Örgütü (ISO) kalite kavramını şöyle “bir ürün ya da hizmetin gereksinimleri (belirlenen ya da olabilecek) karşılama yeteneğine ilgili özelliklerin toplamıdır” (1, 41). Ulus’un belirttiğine göre Ishikawa kaliteyi; “kontrol uygulayarak, en kullanışlı, en ekonomik, müşteriye her zaman memnun eden ürün geliştirmek, tasarımını yapmak ve satış sonrası sonuçları toplamak olarak tanımlamıştır” (42).

Kalite için yapılan tüm tanımları özetlenecek olursa:

- Önemlidir.
- Müşteri tatminidir.
- Etkili ve verimli olmaktır.
- Bir programa uymaktır.
- Bir süreçtir.
- Bir yatırımdır (43).

2.1.2. Kalitenin tarihsel gelişimi

Kalite kavramını ile ilgili kayıtlar M.Ö. 2150 yıllarına kadar dayanmaktadır. Unlu Hamurabi kanunlarınının 229. maddesinde “Bir inşaat ustasının inşaa ettiği ev ustanın işini gereği gibi yapmaması ve yetersizliği nedeniyle yıkılarak ev sahibinin ölümüne yol açarsa, evi yapan usta öldürülecektir.” ifadesine yer vermişlerdir. Bu madde de belirtilen ceza ne kadar ilkel de olsa “Kalite” kavramını açık bir şekilde vurgulamıştır (44, 43, 37, 45, 46, 38). Babil döneminde “Phoenician muayene görevlileri, ürün kalitesinde sürekli yapılan uygunsuzlukları, kusurlu ürünü yapanın elini keserek önlemeye çalışıldığı” kaynaklarda yer almaktadır (45, 46).

Sanayi devrimi öncesi kalite anlayışında ustalık kavramı hakim olmuştur. Bu dönemde kalite ‘kalite muayenesi’ kavramı ile bütünleşmiştir. 1920 ile 1940 yılları arasında Bell Laboratuvarında kalite kontrol çalışmaları başlatılmış olup istatistiksel kalite kontrol kavramı ortaya çıkmıştır. İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra üretimin karmaşık hale gelmesi ve teknolojinin hızlı gelişimi ‘Toplam Kalite Kontrolü’ kavramını gündeme getirmiştir (44, 43). 1980’li yıllarda endüstri ve hizmet alanlarında ‘Toplam Kalite Yönetimi uygulamaları başlatılmış olup olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Toplam Kalite Yönetimi özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık sektöründe de hızla kullanılmaya başlamamış ve gelişimini hala devam etmektedir. Günümüzde kalite kavramı her alanda aranan nitelik haline geldiği için gelişimini hızla sürdürmektedir (43, 47, 48).

2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı

19. yüzyılda başladığı kalite kavramınının sağlık hizmetlerindeki çalışmalarla ele alınmaya başladığı varsayılmaktadır. İngiltere’de sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ile ilgili çalışmalar Florans Nightingale tarafından 19. yy’da yapılmıştır. Sağlık alanında iyileştirme çalışmaları Amerika Birleşik Devletleri’nde 1900’lu yıllar ile başlamıştır. Joint Comission for Accreditation of Healthcare (JCAHO) bu çalışmaların devamında ABD’de kalite konusunda gönüllü bir kuruluş olarak faaliyet göstermeye başlamıştır (37).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin çok sayıda değişkene bağlı olması, direkt olarak nesnel ölçütler kullanılarak ölçülmemesi ve değişkenlerin subjektif olması gibi sebeplerden dolayı sağlık hizmetlerinde kalitenin tanımlanmasını güçleştirmiştir. Literatüre bakıldığında sağlık hizmetlerinde kalite kavramı değişik biçimlerde tanımlanmıştır (49). Amerika Sağlık Örgütleri Akredisyon Komitesi kaliteyi şöyle tanımlamaktadır; “verilen bakımın istenen sonuçlarının alınmasını artırma ve olası istenmeyen sonuçlarını azaltma derecesidir” (41). Amerikan Tabipler Birliği (American Medical Association) 1984 yılında sağlık hizmetlerinde kaliteyi: “Yaşam kalitesini ve/veya süresini iyileştirmeye veya sürdürmeye sürekli olarak katkıda bulunan hizmet” olarak tanımlamıştır (50).

Uluslararası standartlara uygun bir şekilde sunulan (tanı, tedavi ve bakım) hizmetler ile birlikte bu hizmetlerin tamamının hastaların beklenti ve ihtiyaçlarını karşıladığı sürece sağlık hizmetlerinde kalite kavramından bahsedilebilir (51). Donebedian göre kalite “farklı fakat birbirine bağlı parçalardan oluşan bir bütündür”. Bu parçalar; yapı, süreç ve sonuçtur. Yapı, sağlık hizmetlerinin sunulduğu koşulları (hastanenin güvenliği, temizliği, hasta odaları vb.) içermektedir. Süreç ise, hemşirelik bakıma içerir ve bakımın nasıl yürütülmesi gerektiği ve neyin nasıl yapılması ile ilişkilidir. Sonuç ise verilen sağlık bakımı sonucunda hastanın sağlık durumundaki değişim ve hasta memnuniyeti ile ilişkilidir (41). Sağlık hizmetlerinde kalite; klinik uygulamalarda farklılıkların en aza indirilmesi, acil serviste gerçek acil bakımının verilmesi, yanlış ve/veya yeterli olmayan klinik uygulamaların azaltılması, güncel teknolojiden ve kanıtlarda yararlanılması, hasta-sağlık personeli arasındaki ilişkilerin belli bir düzeyde olması ya da topluma yönelik olarak sağlığın optimal düzeye çıkartılması olarak tanımlanabilmektedir (52).

Sağlık hizmetlerinde kalite, Sunulan hizmetin standartlara ve bireylerin beklentilerini karşılamış olması kalitenin göstergesidir. Kalitenin sağlanması için şu konular önemlidir.

Mesleki yeterlilik: Hizmet veren sağlık personellerinin alanları ile ilgili bilimsel ve güncel bilgiye ve belirli yetenklere sahip olması gerektiği kadar bunları uygulayabilmeside gereklidir. Mesleki yeterlilik, sağlık elemanlarının nitelikli

olanlarının işe alınması ve sürekli olarak yeteneklerinin daha da iyileştirilmesi ile sağlanabilir.

Kişisel kabul edilebilirlik: Hizmet verme şeklinin kişilerin beklentilerine, değer ve kurallara uyumluluğudur. Sunulan hizmetler, personel tarafından bilimsel standart ve normlara uygun olarak verilmiş olsa bile, bilgilendirilmenin yetersizliği, çalışan bireylerin güvence vermemesi, nezaket kurallarına uyulmaması gibi nedenlerden dolayı kişiler hizmetten memnun kalmayıp hizmeti reddedebilirler.

Sunulan hizmetlerin kalite açısından uygunluğu, meslek odaları ve kalite kurumları tarafından saptanmış standartlara uygun ile mümkün olacaktır (41, 53).

Ülkemizde birçok sağlık kurumu toplam kalite yönetimini benimsemiş ve bu anlamda çalışmalarını sürdürmektedir. Sağlık Bakanlığı bu çalışmaları desteklemekte ve gerekli denetlemeler ile değerlendirmeler yapmaktadır. Bu değerlendirmeler bakanlıkça yayımlanan “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi”, “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” çerçevesinde gerçekleştirilmektedir. Bakanlık bünyesinde 2012 yılında “Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı” kurulmuş olup bu konuda çalışmaktadır (54).

Institute of Medicine 21. yüzyıl için sağlık sisteminde iyileştirilmesi gereken konuları sıralarken, sağlık sistemlerinin; güvenli, etkili, hasta odaklı, zamanında, verimli ve eşit ve hakkaniyetli olması gerektiğini bildirmiştir (55, 56).

Sağlıkta kaliteli hizmetten söz edebilmek için, kabul edilen standartlarda bakım verilmesi, hastaların ve sağlık personelinin hizmete ilişkin değerlendirme yapabilmesi, hastaların can ve sağlık güvenliğinin tam olarak sağlanabilmesi gerekir (57). Sağlık hizmetlerinin uygunluğunu değerlendirmek için birçok hastanın konu ile ilgili yeterli bilgi, uzmanlık ve hatta beceriye sahip olmadığı vurgulanmaktadır. Bu nedenle kalite değerlendirmesinde bazen direkt bazen de dolaylı göstergeleri kullanılabilir (49). Sağlık alanında yüksek kaliteli hizmetin özellikleri Amerikan Tıp Birliği Konseyi tarafından şu şekilde ifade edilmektedir;

* Hastanın psikolojik durumunda, fiziksel fonksiyonunda, ruhsal ve entelektüel performansında ve rahatında hastanın ilgileriyle tutarlı mümkün olan en kısa sürede optimal iyileşmenin sağlanması,

* Hastalık ve benzeri durumların erken teşhisi ve tedavisinin sağlanarak sağlığın yükseltilmesi,

* Bakımın zamanında başlatılarak sürekliliğinin sağlanması, tedavinin gereksiz yere uzatılmaması,

* Bakım sürecinde ve bu süreçle ilgili kararlarda hastanın bilinçli bir şekilde iş birliği yapması ve katılımının sağlanması için uygun ortamın oluşturulması,

* Uygun teknolojik ve profesyonel kaynakların verimli kullanımının sağlanması,

* Hastalık sürecinde yaşanabilecek stres ve endişeye karşı duyarlılığın olması ve uygun yaklaşımda bulunulması,

* İstenilen hasta çıktılarına ulaşmak için ihtiyaç duyulan teknoloji ve diğer sağlık sistem kaynaklarının etkili kullanılması (51).

Amerikan Tıp Konseyinin raporunda yer aldığı gibi, sağlık hizmetlerinin yüksek kaliteli hizmet olabilmesi için bakımın vazgeçilmez olduğu bir gerçektir. Hemşirelik bakımının uygun ve doğru bir şekilde yapılması ve sürekliliğinin sağlanması sağlık hizmetlerindeki kaliteyi doğrudan etkileyeceği için kalite değerlendirilmesinde önemli göstergelerden biridir.

2.2.1. Sağlık hizmetlerinde hemşirelik bakımının yeri

Sağlık bakımı hizmeti veren hastanelerin en önemli amacının hasta beklentilerinin karşılanması, gelişmiş yöntemlerini kullanması, kaliteli ve etkin bir şekilde hizmet vermesi olduğunu bilinmektedir (39). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “Organize olmuş tıbbi ve diğer mesleki personele, yataklı tesislere, sağlık bakımı ve ilişkili hizmetleri 7 gün 24 saat sürekli bir şekilde sağlık bakımı sunmanın” hastanelerin görevi olduğunu belirtmektedir (58). Sağlık hizmetleri, doğrudan insan

hayatı ile alakalı bir hizmet alanıdır. Diğer kamu hizmetleri ile kıyaslandığında sağlık hizmetleri üzerinde titizlikle durulmalı ve yüksek kalitede bakım sunulması kaçınılmaz hal almaktadır (59).

Hastanelerin toplumun sağlık gereksinimlerini karşılamak amacı ile faaliyet gösteren son teknolojiye sahip bir kurum olduğu göz önüne alındığında hedeflenen amaca ulaşmada, kurumun başarısı ya da başarısızlığı hastane çalışanlarına bağlıdır (60). Hemşirelerin, hastane çalışanlarının %50'sinden fazlasını oluşturduğu için sağlık bakım kalitesi üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır (61). Bu nedenle hemşire, bakım kalitesini arttırmak için bütüncül bir yaklaşımla hasta ve hasta yakınlarının bakımını planlayan, uygulayan ve sonuçları değerlendiren aynı zamanda bakım memnuniyet düzeylerini belirleyerek bakımına yön veren önemli kişilerdir (2). İtalya'da acil serviste hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin incelendiği çalışma da bakım ölçek puanının hemşirelerin bakımı ve hemşirelerin hastalar ile iletişimi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (62). Yapılan birçok çalışmada hasta memnuniyetinin hemşirelik bakım kalitesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (63, 64, 65). Sağlık hizmetleri içinde hemşirelik bakımının önemi yadsınamaz bir gerçektir.

2.2.2. Hemşirelik bakım kalitesi

Hemşireler, hastalıkları önlemede, sağlığın geliştirmesinde, hastalık iyileştirilmesinde ve baş etmelerin geliştirilmesinde sağlıklı veya hasta bireye, ailelere ve toplumlara yardım etmek için önemli rolleri olan sağlık profesyonelleridir (36). Hemşirelik, her alnadaki gelişmeleri ve değişimleri yakın takip birey, aile ve toplumun sağlığı ile uğraşan uygulamalı sağlık disiplinin önemli bir parçasıdır (66).

Hemşirelik insan kavramına ve bakıma temellenmiş önemli bir meslektir. Bakım Dinç (2010) tarafından şöyle tanımlanmaktadır “insanların temel ihtiyaçlarını karşılamalarına, yeteneklerini geliştirme ve sürdürmelerine, hayatta kalabilmek ve en azından asgari düzeyde işlev görebilmek için mümkün olduğunca acıdan uzak yaşayabilmelerine yardım etmek üzere özenle ve saygılı bir şekilde doğrudan yaptığımız her şeydir” (67). Hemşireliğin temelini oluşturan bakım kavramı, bakım veren ile alan arasındaki etkileşim ve bakım süreci ile ilgilidir (68). Bakım, işlemler hakkında hastaya gerekli bilgilendirilmenin yapılması, bireyselliğin dikakate

alınması, destek sağlanması, gereksinimlerin karşılanması, baş etmenin güçlendirilmesi ve kişiler arası beceri gibi yönleri içermektedir. Bu uygulamalar hemşireliğin sanat yönünü oluşturmakta ve hemşirenin yaptığı bağımsız görevler kapsamına girmektedir (68, 36). Hemşirelik mesleği bilim ve sanat yönü olan bir meslektir. Hemşire yaptığı uygulamaları bilimsel kanıtlar ile desteklemeli ve sanat yönünü güçlendirmelidir (69). Ancak bu şekilde yapılan uygulamalar başarıya ulaşır ve bakım kalitesini arttırır.

Wolf ve ark.'in yaptığı çalışmalarında belirttikleri üzere, Watson (1985)'da bakımı, sağlığı geliştirmek, sağlığı kazandırmak ve hastalıkları önlemek için insan gereksinimlerinin karşılanmasıyla sonuçlanan kişilerarası süreci kapsayan girişimler olarak ifade etmiştir (70). Hemşirelik bakımı kişisel arası bir süreçtir ve bu süreç duyarlılık, yakın ilişki ve uzman hemşirelik uygulamaları gerektirir (71).

Altıok ve arkadaşlarının belirttiğine göre Swanson (1991) göre bakım vermeyi “Sorumluluğu hissedilen bireyin beslenmesi, bakılması” olarak tanımlamıştır Swanson (1991) bakımı hastayı tanıma, hasta için bir şey yapmak, hasta ile birlikte bir şey yapma, hastaya fırsat sağlamak ve inancını sürdürmek olmak üzere beş kategori ve süreçten oluştuğu vurgulamıştır. Bu kurama göre hemşirelik girişimleri olarak bakım sürecine yoğunlaşmıştır. Bireyin yaşadığı sağlık sorununa verdiği tepkinin anlaşılması ve hemşirenin bakım süreci ile bireyin iyilik halini geliştirilmesi gerektiği belirtilmiştir (72, 73).

Hegedus (1999) belirttiğine göre, Watson (1985), Leininger (1984), Valentin (1989), Benner&Wrubel (1989), Nyberg (1990) ve Swanson (1991) gibi çoğu hemşire kuramcıya göre bakım, hemşireliğin can alıcı noktası ya da özü olarak kabul edilmektedir. Benner (1984) bakımı, “hasta ile hemşire arasında her zaman değişim içinde olan, kapsamlı, bazen yaşamın en acı ve dramatik anlarında yakınlık kurulmasını sağlayan bir deneyim olarak tanımlamış ve bakımı, hemşireliğin en önemli odak noktası” olarak ele almaktadır. Benner bakım uygulamalarını; yardım edici rol, öğretici-koçluk yapıcı fonksiyonu, ani durumların etkili yönetimi, tanılama ve hastayı izleme rolü, bakım ve tedavinin etkili yönetimi ve izlenmesi, sağlık bakım uygulamalarında kalitenin yükseltilmesi ve izlenmesi ile organizasyonel ve iş-rol yeterliliği olmak üzere 7 kategori altında toplamıştır (74).

Bakım ilişkisi, bakım gereksinimini ortaya çıkaran koşul ve etmenlere bağlı olarak eşit olmayan, ancak güvene dayalı bir güç ilişkisidir (75). Bakım ilişkisinde hasta ve hemşire arasında simetrik olmayan bir güç ilişkisi vardır. Ancak bu ilişkide güven oldukça önemlidir (67). Bakım ilişkisi yalnızca hemşire-hasta arasındaki ikili ilişki ile sınırlı değildir. Bakım verilen bireylerin tanı, tedavi ve bakımları ile ilgili kararlar, yalnızca bireyin kendisi tarafından değil, genellikle aileleri ile birlikte, zihinsel yetkinliğin bozulduğu ya da iradenin baskı altında olduğu durumlarda doğrudan aile tarafından alınmakta, karar ve eylemler ise, bireyin yanı sıra, aile ve yakın çevresini de etkilemektedir. Bu nedenle hemşirelik uygulamaları sırasında bireyi ailesi ve sosyal ilişkileri ile birlikte değerlendirmek önemlidir (75).

Hemşireliğin amacı sağlıklı ya da hasta, her yaş ve gruptaki birey, aile ve toplumun bakım gereksiniminin karşılanmasıdır (75). Bu amaç doğrultusunda çalışan hemşire hastane temelli sağlık hizmeti içinde önemli bir rol almakta olup tüm sağlık hizmeti personelinin yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır. Tedavi sürecinde hastalar 24 saat birlikte olan ve sürekli bir etkileşim sağlayan hemşire aynı zamanda araştırma geliştirme faaliyetleri ile durumun iyileştirilmesine katkı sağlar (39, 76). Bu bağlamda hemşire, hastanelerde sunulan bakımın kalitesi ile sağlık hizmeti kalitesi direkt ve önemli bir ölçüde etki yapabilen kişidir. Uluslararası Hemşirelik Birliği (International Council of Nurses- ICN)'in sağlıklı istihdam hayat kurtarıcı başlığı ile yayınladığı raporuna hemşirelerin mesleki beceri düzeylerinin, yeterliliklerinin ve uygun hemşire sayısının hasta sonuçları üzerinde olumlu etkileri olduğu vurgulanmaktadır (77).

Dünyanın neresinde olursanız olun hangi sosyo-kültürel yapıya ait olursanız olun hangi zaman diliminde olursanız olun bakım gereksinimleri evrensel ancak bu gereksinimleri etkileyen birçok faktör vardır. Bu nedenle hemşire kişilerin bakım gereksinimlerini doğru bir şekilde tanımlamalı ve karşılamalıdır. Tronto'da bunun önemi bakımın fazlası ile vurgulanmıştır. Gereksinimi fark etmek, umursamak, bakım sorumluluğunu üstlenmek, bakım vermek ve bakım almak üzere bakımın beş fazını tanımlamıştır (78).

Bakım evrensel bir gereksinim olup yaş, cinsiyet, kültür ve hastalığın etkileri gibi birçok faktöre göre farklılık gösterecektir. Örneğin çocuk olarak ele aldığımız 0-18 yaş grubundaki kişilerin gereksinimleri aynı değildir. Evet, çocuk yetişkinlerden

farklıdır bu nedenle gereksinimleri de farklı olacaktır. Bunun yanında her yaştaki çocuğun gereksinimleri de farklıdır. Bu nedenle çocuklarla çalışan bir hemşire çocukların yaşa göre özelliklerini ve gereksinimleri bilmeli, tanılamalı ve çocuğa uygun yaklaşımları kullanarak karşılamalıdır.

2.2.3. Pediatri hemşireliğinde bakım kalitesi

Erişkinlere göre çocuklar bedensel, duygusal, sosyal ve bilişsel olarak henüz gelişimlerini tamamlamadıkları için yaşadıkları her türlü olumsuz deneyimle baş etmeleri zorlaşmakta ve gereksinimlerinin boyutları (bakıma katılım, iletişimde hassasiyet, fiziksel ve duygusal destek, oyun vb.) farklılaşmaktadır (79). Bu olumsuz deneyimi çocuk için en az stresli hale getirmek amacıyla çocuklara bakım veren sağlık profesyonelleri bakımın çocuk tarafından kabullenilmesini ve alınmasını kolaylaştıracak psikolojik, sosyal ve eğitim alanlarını destekleyecek şekilde planlamalıdır (2).

Pediatri hemşiresi; doğumdan ergenliğin sonuna kadar evde, hastanede ve toplumda büyüme ve gelişme, hastalıklardan korunma, kronik ve akut hastalık süreçlerinin yönetimi destek verme ve rehberlik etme, erken dönemde sorunların belirlenmesi ve çözümünde çocuk, aile ve ilgili kurumlar ile iş birliği içinde çalışan, sağlık bakım hizmetini optimum düzeyde vermek ile yükümlü, alanında uzmanlaşmış hemşirelerdir (80, 81).

Profesyonel pediatri hemşiresi yüksek kalitede bakım verme sorumluluğuna sahiptir. Pediatri hemşireliğinin çalışma alanları, çocuk hastanelerinin klinikleri, çocuk ve yenidoğan üniteleri, çocuk cerrahisi klinikleri, ana okulları, kreşler, ilköğretim okulları ve liseler, özel hastaneler ve poliklinikler, rehabilitasyon merkezleri, çocuk yuvaları, evde bakım merkezleri, çocuk köyleri, günlük bakım merkezleri, çocuk psikiyatri merkezleri ve yaz kamplarını da içeren geniş bir yelpazeyi kapsar. Çalıştığı her alanda farklı rol ve sorumlulukları vardır ve bu roller hemşirelik mesleğini evrensel yapar. Pediatri hemşireliğinin primer ve sekonder rolleri vardır. Primer rolleri; bakım verici, eğitici, savunucu, araştırmacı ve lider rolleridir. Sekonder rolleri ise koordinasyon, iş birliği, danışmanlık ve iletişim ile ilgili unsurları içerir. Pediatri bilim dalının içinde yer alan hematoloji, onkoloji, nefroloji gibi alanlarda ileri bakım rolleri ve farklılaşmış uygulama rolleri vardır. Farklılaşmış bakım rolleri klinik bakım koordinatörü, bakım yöneticisi, klinik hemşireliği şeklindedir. İleri bakım verme

rolleri ise, uygulayıcı, uzman klinik hemşiresi ve vaka yöneticisi gibi farklı rolleri içermektedir (82, 80, 83).

Pediatric hemşiresi; çocuğun yetişkinlerden farklı fiziksel, psikolojik ve fizyolojik özelliklere sahip olduğu, algılama sürecinin gelişimini henüz tamamlamadığını, hastalığı algılama ve hastalığa verilen tepkisinin, yaş dönemleri ve gelişimsel özelliklerine göre çeşitlilik göstereceğini bilmelidir. Bu süreçte çocuğa aile merkezli bakım vermesi gerektiğinin farkında olmalı, gelişim dönemleri ve yaşına uygun şekilde hem sözel hem de sözel olmayan iletişim tekniklerini kullanabilmelidir (84, 85,86).

Hastalık ve hastaneye yatma deneyimi tüm yaş grubundaki çocuklar için bir stres faktörü olmasına karşın her çocuğu farklı şekilde etkiler. Bu etki birçok faktöre bağlıdır. Hastalığın kronik ve akut olması, hareket kısıtlılığına veya ağrıya neden olması, izolasyon gerektirmesi, çocuğun önceki hastaneye yatış ve stres deneyimleri, hastaneye yatış için hazırlanması, bilişsel gelişim özellikleri, aile içi ilişkiler ve ebeveynlerin anksiyete düzeyi gibi faktörler çocuğun hastaneye yatış ve hastalığa verdiği tepkiyi etkileyen unsurlardır (87, 88). Bu faktörlere bağlı olarak çocuğun hastaneye yatması gelişimini olumsuz yönde etkileyebilecek bir yaşam deneyimidir. Çünkü hastaneye yatma çocuk için biyolojik ve psikososyal strese neden olabilir (30, 89, 90). Çocuk için hastalık hastane süreçleri rahatsız edici, korkutucu ve hoş olmayan bir deneyimdir (84, 91). Çocuğun gelişimini ve rahatlığını destekleyen bir ortam oluşturulması çocuğun hastane ve hastalığa yönelik travmatik deneyimini azaltmaktadır. Destekleyici ortam; çocuk ve ailesinin sağlık ekibinin önemli üyeleri olarak görülmesi ve bakımda iş birliğinin sağlanması, primer hemşirelik ve hekimliğin olması özellikle küçük yaş grubuna hizmet veren sağlık personellerinin sürekli değişiklik göstermemesi, travmatik işlemler sırasında çocuk yanında güvendiği birilerin bulunması travmatik etkinin azalmasında önemli uygulamalardandır (88, 86, 92). Atravmatik bakım, hemşirenin çocukları hastalığın fiziksel, psikolojik etkisinden; ne zaman, nerede, nasıl, niçin ve ne kadar koruyabileceğini, bu etkiyi minimuma indirgeyebileceğini ifade etmektedir (93). Atravmatik bakımın temel ilkeleri (94, 92);

- Çocuğun hastane sürecinde ailesinden ayrılmasını engellemek veya en aza indirmek

- Ağrıyı ve yaralanmayı en aza indirmek
- Kontrol duygusunu geliştirmektir

Çocuğun hastaneye yatması sadece çocuk için değil, diğer aile üyeleri için de stresli bir süreçtir. Bu durum aile bireylerinin günlük aktiviteleri, aile içindeki görev ve rollerinde değişiklikler yaşanmasına neden olmaktadır (95). Tüm sağlık çalışanlarının özellikle de çocuğa bakım veren hemşirenin çocuk ve ailenin yaşadığı travmaların azaltılmasında rolü büyüktür (96). Hemşire çocuk ve aileyi bir bütün olarak ele almalı ve çocuğun gereksinimlerini doğru belirlemelidir.

Çocuğun yaşamında aile vazgeçilemez bir kurumdur. Çocuğun ilk öğrenmeleri, etkilenimleri, tepkileri yani tüm deneyimleri ailede başlar. Aile üyeleri çocuğu en iyi tanıyan ve gereksinimleri tanımlayan çok önemli kişilerdir. Çocuk aileden ayrı düşünülemez. Bu nedenle pediatri hemşiresi aile merkezli bakım modelini temel alarak bakımını planlar. Aile merkezli bakım modelinde aile, bakımın merkezinde yer alır, çocuğun bakımında sağlık çalışanı ile sıkı bir iş birliği içerisindedir (97, 98, 99, 100, 101). Gelişmiş ülkelerde aile merkezli bakım sağlık bakım hizmetleri ve hasta tedavisinin artırılmasında en önemli bileşen olarak görülmektedir (104). Aile merkezli bakımın temel ilkeleri:

- 1) Her çocuğa ve ailesine saygı göstermek,
- 2) Ailelerin ırk, kültürel, etnik farklılıklarını kabul etmek ve buna bağlı baş etme yöntemlerine saygı göstermek,
- 3) Ailenin güçlü yönlerini fark etmek ve desteklemek,
- 4) Çocuğun ve ailenin bakım ve destek yaklaşımları ile ilgili seçimlerini desteklemek ve yol göstermek,
- 5) Çocuğun ve ailenin gereksinimleri, kültürel değerleri ve inançları doğrultusunda politikaların uygulanabilirliğini sağlamak,
- 6) Çocuğun durumu hakkında aileyi eksiksiz olarak sürekli bilgilendirmek,

7)Yaşamın her döneminde çocuk ve ailesine ya da bakım veren bireye resmi ve gayri resmi destek mekanizmalarına ulaşmasını sağlamak,

8)Çocuğun bireysel bakımı, sağlık çalışanların mesleki eğitim programları ve politikaları gibi sağlık hizmetlerinin tüm aşamasında aile ile iş birliği yapmak,

9)Her çocuğun ve ailenin güçlü yanını keşfetmesini sağlamak, öz güven inşa etmek, sağlık ile ilgili seçim ve kararlar almasını desteklemek (103, 104, 105, 106, 107).

Aile merkezli bakım modeli ailelerin ve hastaların sağlık kurumundan daha çok memnun kalmalarına neden olmaktadır (102, 108). Aile merkezli bakım modelinin uygulandığı çocuk klinikleri farklılık gösterir.

Çocuk kliniklerinin fiziksel veya sosyal yönden çocuğun ve ailesinin rahatlığını sağlayacak nitelikte olması gerekir (109). Hastaneler mümkün olduğunca ev ortamına benzetilmeli, çocuklar için oyun alanları, ebeveynler için ise gereksinimlerini karşılayabilecekleri ortamlar bulunmalıdır. Çocuk odasının tek kişilik olması tercih edilir (88). Pediatri kliniklerinin duvarları renkli, genellikle çocuklar için özel tasarlanmış duvar kâğıdı, fotoğraf ve resim ile dekore edilmelidir. Pediatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin renkli üniformalar tercih etmesi önerilir (86). Yapılan araştırmalar da geleneksel üniformaların çocukların kaygı düzeylerini arttırdığı bulunmuştur (29, 86). Ayrıca çocukların hayallerindeki ideal hastaneye resmettikleri bir çalışma da çocuklar hemşireleri genellikle renkli üniformalar ile hayal ettiği bulunmuştur (34). Çocuk klinikleri için oyun alanları ve oyun odaları hayati önem taşımaktadır. Her klinikte çocuklar için ayrılmış oyun odası veya alanı bulunmalıdır. İlaçların kolaylıkla ulaşılabilir yerlerde bulunmaması ve tedavilerin hasta odalarında uygulamak yerine tedavi için ayrılmış özel odalarda uygulanması (86) çocukların yaşam alanı olan hastane odasının olumsuz algısını azaltabilir. Hasta çocuk kendini evindeymiş gibi hissedebilirse hastanenin olumsuz etkilerinden minimum düzeyde etkilenecektir ve aynı zamanda memnuniyetleri de arttırılacaktır. Pediatri kliniğinde çalışan sağlık profesyonelleri çocuğun sosyalizasyonunun hastanede kesintiye uğramasına izin vermemelidir. Çocuğun gelişiminde kısa süreli de olsa bu tür kesintiler travmatik olabilmektedir. O nedenle tüm sağlık profesyonelleri

çocukların büyüme gelişme özelliklerini bilerek çocuğa uygun yaklaşımda bulunmalıdır. Aynı zamanda büyüme gelişme özelliklerini bilinmesi sağlık profesyonelinin işini kolaylaştırırken ebeveyn memnuniyeti üzerinde de etkisi olduğu hatırlanmalıdır (2).

Hastanenin çocuk üzerindeki etkilerini azaltmada ebeveyn kadar hemşireler de etkili bireylerdir. Pediatri hemşiresi hazırladığı ortamla ve uygun yaklaşımlarla hastanenin olumsuz etkilerini azaltabildiği gibi yaşanan bu deneyimin olumlu olmasını sağlayabilir (2). Hastanedeki çocuğun gelişiminin desteklenmesi ve psikosyal stresin azaltılması önemlidir (102). Bu stresi azaltmada pediatri hemşiresi psikosyal bakımını güçlendirmeli, aile merkezli bakım modelini kullanmalı, çocukları bilişsel gelişim özelliklerine göre hastalık, hastane ve işlemler konusunda bilgilendirmelidir. Resim çizme, öykü anlatma, yaratıcı oyunlar gibi faaliyetler ile çocukların kendilerini ifade etmeleri sağlayabilen bir hemşire çocukların hastaneye ve hastalığına yönelik anksiyetelerini azaltılarak hastane deneyimlerini olumlu olmasını sağlayabilir (110).

2.2.4. Bakım kalitesinin değerlendirilmesi

Hemşirelik alanında kalitesinin ölçümü farklı meslek alanlarında kaliteyi değerlendirmek için kullanan yöntemler ile bezerlik göstermektedir. Ancak sağlık sisteminde bakım kalitenin sağlanması ve değerlendirilmesi oldukça güç bir süreçtir. Verilen bakımın kalitesini değerlendirmede başlıca iki yaklaşım kullanılmaktadır. Bu yöntemlerden birincisi bakım standartların belirlenmesi ve yapılan uygulamaların bu standartlara göre değerlendirilmesidir (3, 111, 1, 112). Sunulan bakım niteliğinin, kalitesinin yükseltilmesi ve ölçülmesi ancak, hastalıklara özgü standartlaştırmış hemşirelik bakımı sunumu ile mümkün olacağı vurgulanmaktadır (2). Hemşirelik bakımında kaliteli hizmet bakımı sunabilmek için son teknoloji kullanımı ve kanıta dayalı hemşirelik bakım uygulamaları hakkında hemşirelerin bilgili olması ve eleştirel düşünmesi gerekmektedir. Çoğu meslekte olduğu gibi hemşirelikte, mesleki ilerlemelerin takip edilmesi, yükselen toplumsal beklentilerin karşılanması için vazgeçilmez bir dayanak olan bilimselliğin kullanılmasından temel almaktadır. Bu bilimsellikte ancak hemşirelik süreci ile sağlanmaktadır (113, 114).

Hemşirelik bakımında kaliteye ulaşabilmek için öncelikle standartların belirlenmesi gerekir. Ulusal Kalite Forumu (NQF) ve Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) bazı kalite ölçütleri (kalite indikatörleri) belirlemiştir. Bu ölçütler içerisinde fiziksel (Basınç ülseri, düşmeler, ağrı yönetimi vb.) ve psikososyal (Tutarlı iletişim, psikososyal etkileşim vb.) ölçütlerin yanı sıra hasta memnuniyetinde yer almaktadır (115).

Bir hizmetin kalitesinin iyi olup olmadığını belirlemek için değerlendirilebilir dört ana gösterge vardır. Ulaşılabilir optimal süreç, kaynakların verimli kullanılması, hizmetten doğabilecek sorunların minimale indirgenmesi ve müşteri ve çalışan memnuniyetini içermektedir (116).

Sağlık hizmetinin kalitesini ölçülmesinde kullanılan ana kriterlerden hasta memnuniyetinin sağlanması insancıl, ekonomik, pazarlama ve etkililik nedenleri açısından önemli olduğu belirtilmektedir (117). Çağdaş, demokratik ve insan haklarına saygılı tüm toplumlarda, hasta hakları konusunda çeşitli yasal düzenlemeler yapılmış olup Türkiye’de 1998 yılında hasta hakları yönetmeliği hazırlanarak ve uygulamaya konulmuştur (51). Bu haklar ile her hasta insancıl bir şekilde bakım alma hakkına sahiptir.

Her sağlık kurumu için hasta bir müşteridir. Müşterinin ise aldığı hizmetten memnun kalması o kurumun pazar payının artırılmasında büyük bir öneme sahiptir (51). Bu nedenle hem pazarlama gibi nedenler hem de yönetmelikler kalitenin değerlendirilmesinde müşteri memnuniyetinin temel olmasını zorunlu kılmaktadır. Aynı zamanda son yıllarda hizmet alıcılarının tutumlarının pasif rolden aktif role doğru değişmeye başlamış olması bu zorundallığa katkı sağlamaktadır. Aldığı bakım hizmetinden memnuniyet düzeyi yüksek olan hastaların hemşire ile olan bakım ilişkisi daha iyi olacak, tedavi ve bakıma uyumu artacak ve dolayısıyla iyileşme süreci pozitif yönde etkilenecektir.

Bakım kalitesinin artırılmasında bakım standartlarının belirlenmesi ve bu standartlara göre bakımın verilmesi çok önemlidir. Ancak bakım kalitesinin değerlendirilmesinde sadece bakım standartlarının kullanımının mekanik düzeyde oldukça iyi işleyebileceği fakat tedavi ve bakımın hasta üzerindeki etkisini

değerlendirilmesi için yeterli olmayacağı vurgulanmaktadır (1). Hizmeti alanlar genelde bakım standardının ne olduğunu ya da bakımdan ne gibi sonuçlar beklemeleri gerektiğini bilmemekte, tedavi/bakımın hasta üzerindeki etkisi yeterli biçimde değerlendirilememektedir (36). Bu nedenle bakım kalitesinin bir diğer göstergesi olarak hasta memnuniyetinin de değerlendirilmesi gerekir.

2.2.5. Hasta memnuniyeti

Joint Commission of International (JCI) ve Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)'ın tarafından geliştirilen ve hemşirelik hizmetlerinin kalitesini onaylayan Magnet Onaylama Programı'nda hasta ve hasta yakınına verilen bakıma ilişkin memnuniyet düzeyinin belirlenmesi bir kalite ölçütü olarak kabul edilmektedir (118).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1956 yılında sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyete ilk olarak hemşirelik alanında değerlendirilmeye başlanmıştır (119). Sağlık hizmetleri içerisinde hastalar 1960'ların sonlarında pasif rolden aktif role geçişmeye başlamıştır. Aynı zamanda teknolojik gelişmelerin artması, sağlık sisteminin değişimini zorunlu kılmıştır. Teknolojik gelişmelerle beraber hastalar alanında uzmanlaşmış profesyonellerden, karmaşık bakım almaya başlamış olmaları maliyette de artışa neden olmuştur. Toplumların eğitim düzeyinin artması ile daha hem ilgili hem de hizmeti değerlendirebilen tüketicilerin ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır. Artık hastalar kendi sağlık bakımı ile ilgili konulara katılmak ve karar alma sürecinde kendilerine ne olduğunu bilmek ve anlamak istiyorlar. Tüm değişimler sağlık bakım hizmetinin kalitesinde sadece sağlık profesyonellerinin söz hakkı olmadığını göstermektedir. (1, 120). Kaliteli sağlık hizmetinin en önemli göstergesi hasta memnuniyetidir (121).

Hasta memnuniyeti; hizmetin sunumunu, hasta ile hizmeti sunanlar arasındaki etkileşimi, hizmetin sürekliliğini, hizmeti sunanların yeterliliğini ve iletişim özelliklerini içeren bir kavramdır. Bu sebeple sağlık hizmetlerinin bir sonucu olan hasta memnuniyeti bakım kalitesinin bir göstergesi olarak kabul görmektedir (122, 121, 123). Hasta memnuniyeti bilgilendirmenin yapılması, gerekli ilginin gösterilmesi, nezaketli davranılması, psikososyal desteğin sağlanması, empatinin yapılması, hizmetin

hızlı olması, zamanlamanın uygunluğun olması, hizmet verenlerin yetkin olması gibi alanlara ilgili değerlendirme kalite olarak özetlenmektedir (124, 2). Hasta memnuniyeti, hasta haklarını korumak ve hastaların görüşlerini de dikkate alarak sağlık bakımına bir tüketici politikası bakış açısı uygulaması açısından da önem kazanmıştır. Bir başka katkı da bulunan faktör ise memnun kalmış hastanın sağlık profesyonellerinden aldığı tedavi ve tavsiyelere büyük ölçüde uymaktadır (125).

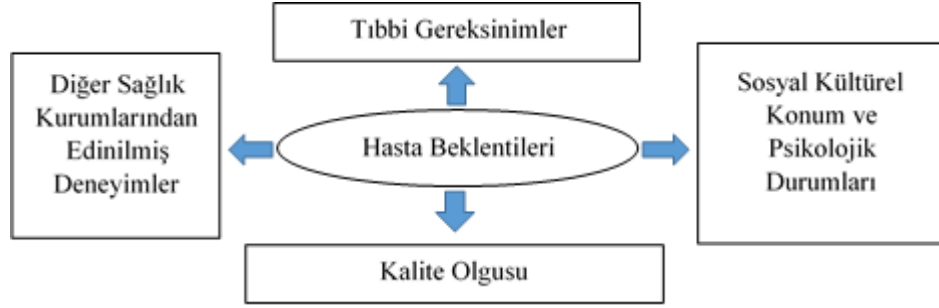
Hasta memnuniyetini ideal hemşirelik bakımı ile ilgili beklentiler ve gerçekte sunulan hemşirelik bakımına ilişkin algıları arasındaki etkileşimin bir sonucu olarak, hastaların bilişsel ve duygusal tepkilerinin subjektif olarak değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır (125, 126). Yılmaz'ın belirttiğine göre "Greenerch hasta memnuniyetini hastanın beklentileri ile aldığı bakımın uyumu" şeklinde tanımlamıştır (1). Hasta memnuniyeti, sadece hastanın biyolojik ve fiziksel sonuçlarına ilişkin ölçümler değildir. Bu ölçümler kadar yaşam kalitesi, genel sağlıkla ilgili algılamalar, fiziksel, duygusal ve sosyal fonksiyonlara ilişkin diğer ölçümleri de içermektedir (49).

Sonuçta, sağlık hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan hasta memnuniyeti birçok faktörden etkilenmektedir (127).

Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler hastaya ilişkin, hizmet verenlere ilişkin ve çevresel/kurumsal faktörler olarak üç gruba ayrılmaktadır (128, 1).

Hastaya ilişkin faktörler: Sunulan bakımın algılanış şekli ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan memnuniyetin algılanması, farklı kişilerce ya da aynı kişiler tarafından çeşitli zaman diliminde farklı şekillerde algılanabilmektedir (119). Bireyin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi demografik özellikleri, sosyokültürel konumları, psikolojik durumları, sağlık bakımı ile ilgili geçmiş deneyimleri, tıbbi gereksinimleri ve beklentilerindeki kalite tanımı gibi faktörler, hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir (1, 129).



Şekil 2.1. Hasta Beklentilerini Etkileyen Etmenler

Hizmet verene ilişkin faktörler: Sağlık çalışanlarının kişisel özellikleri gösterilen şefkat, nezaket, ilgi ve anlayış, bilgi ve becerilerini sunma şekilleri, profesyonel tutumları, iletişim hasta memnuniyetini etkilemektedir. Hasta ile sağlık çalışanları arasındaki etkileşim, hizmet kalitesi ve hasta tatminini etkileyen en önemli faktördür. Özellikler sağlık çalışanları içinden hemşire-hasta ilişkisi hasta memnuniyetini etkileyen temel faktördür (1, 128).

Yapılan çalışmalarda hasta memnuniyetinin iletişim ve hastaya gerekli bilginin verilmesinin etkilediği görülmüştür (130, 112, 120). Bireyselleştirilmiş ve hasta merkezli bakım hastaya kendisinin önemli olduğunu düşünmesi ayrıca sağlık çalışanı ve hasta arasında daha sağlam ilişkilerin kurulmasında önemli rol almaktadır. Birçok durumda bireylerin ihtiyaçlarının belirlenmesi ve belirlenen gereksinimlerini doğrultusunda bilgilendiren sağlık çalışanı hasta bireylere değerli olduğunu hissettirmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda da durumu ve yapılacak işlemlere yönelik yeterince bilgilendirilen hastaların, sağlık personeline güvenlerinin ve memnuniyetlerinin arttığı saptanmıştır (1, 131).

Çevresel veya kurumsal faktörler: Hastanenin, ulaşılabilirliği, ortamı, otopark hizmeti, çalışma süreleri, temizlik, yiyecek hizmetlerinin kalitesi çevresel veya kurumsal faktörleri kapsamaktadır ve hasta memnuniyetini etkiler. Hastanenin fiziksel ve sosyal yönden sağladığı konfor bireylerin kendilerini evde gibi hissetmelerini sağlamakta ve memnuniyeti artırabilmektedir (112, 1).

2.2.6 Pediatrik bakıma ilişkin memnuniyet

Çocuk hastanelerinin ve kliniklerinin pimer alıcıları çocuk hastalardır ve onların yaşamlarında önemli bir yere sahip olan ebeveynleridir. Bu nedenle çocuklara verilen sağlık hizmetinin sonuçlarının değerlendirilmesi için ebeveyn görüşlerinin alınması oldukça önemlidir (14). Bakım kalitesini arttırmak için hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet oranlarının belirlenmesi hemşirelik bakımının planlanması, bakım sonuçlarının değerlendirilmesi ve bakımı alan kişilerin beklentilerinin dikkate alınarak daha nitelikli hemşirelik bakımının sağlanması açısından önemlidir (2, 10).

Pediatri kliniklerinde bakım kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan hasta memnuniyeti çalışmalarının büyük bir çoğunluğu ebeveyn memnuniyeti üzerine odaklanmıştır. Ebeveynlerle yapılan memnuniyet çalışmalarında memnuniyetin temel bileşenlerinin klinik bakım, bilgi verme, fiziksel koşullar ve sağlık profesyonellerinin ebeveynler ile iletişimi olduğu bulunmuştur (10, 118, 132, 12, 133, 13, 4, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25). Ebeveynlerin bakıma ilişkin memnuniyetleri tabiki çok önemlidir. Pediatrik bakım kalitesinin yükseltilmesinde sadece ebeveynlerin görüşlerinin yeterli olmayacağı aynı zamanda çocukların görüşlerinin de mutlaka değerlendirilmesi gerektiği gerçeğini göz ardı edilmemelidir.

Çocuklar aldıkları bakım ve tedavi hakkında bilgilendirilme ve tercih hakkına sahiplerdir (134). Çocukların beklentileri, algıları ve görüşleri bilinmeli ve bakımın planlanmasında göz önünde bulundurulmalıdır. Çocukların beklentileri ve algılarını öğrenmek için küçük çocuklar için oyun, resim yapma gibi faaliyetler daha çok işe yararken büyük çocuklar için anket, ölçek gibi araçlar kullanılabilir (29, 33, 35). Gelişmekte olan bakım standartları ile çocuğun hemşirelik bakımını nasıl gördüğü ve hemşirelerin bakım verirken sergiledikleri tutumları nasıl? Bu soruların cevabı olumlu ise çocukların gözünde algılanan hemşirelik bakımı pozitif olacaktır (30).

Hasta memnuniyeti, hastanın sağlık sorunlarının çözümünde bireyselleştirilmiş bakımın hasta tarafından algılanması olduğuna göre pediatri kliniklerinde de hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesi çocuklar tarafından yapıldığında hasta memnuniyetinin somut bir ölçüsü olacaktır (2).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Şekli

Çocukların gözü ile bakım kalitesini değerlendirmesine yönelik ölçüm aracı geliştirilmesi amacıyla yapılan bu çalışma metodolojik tiptedir.

3.2. Araştırmanın Alt Problemleri

1- Çocukların Gözü ile Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği geçerli ve güvenilir bir ölçek midir?

2- Çocukların sosyo-demografik özellikleri Çocukların Gözü ile Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği puan ortalamalarını etkiler mi?

3- Çocukların hastalık ve hastane ile ilgili bazı özellikleri Çocukların Gözü ile Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği puan ortalamalarını etkiler mi?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi, Hacettepe İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi ve T.C Sağlık Bakanlığı Ankara 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ana Bina ve Turgut Özal Ek Binasında yapılmıştır.

Araştırmanın yapıldığı hastanelerden Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde, 174 çocuk hemşiresi görev yapmakta, dahili ve cerrahi bölümleri içeren 6 çocuk servisinin yanı sıra acil servis, yeni doğan yoğun bakım ünitesi ve çocuk yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Hacettepe İhsan Doğramacı Çocuk hastanesinde yaklaşık 250 çocuk hemşiresi çalışmakta, dahili ve cerrahi bölümleri içeren 10 servisin yanı sıra çocuk acil servisi, çocuk yoğun bakım ve yeni doğan yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ana Bina ve Turgut Özal Ek Binasından oluşmaktadır ve yaklaşık 300 çocuk hemşiresi görev yapmakta olup, toplamda 15 çocuk servisi, acil servis ve çocuk yoğun bakım ünitesi ve yeni doğan yoğun bakım üniteleri ile hizmet

vermektedir. Araştırmanın verilerinin toplandığı hastanelerde çalışan çocuk hemşirelerinin büyük bir çoğunluğu (%80) lisans mezunudur. Aynı zamanda bu hastanelerde lisansüstü mezunu olan ya da eğitimine devam eden hemşirelerde bulunmaktadır. Her üç hastaneye de ülkemizin birçok ilinden teşhis, ileri tetkik ve tedavi amacıyla her yaş grubundan çocuk hasta kabul etmekte olup merkezde bulunan hastanelerdir.

Hastanedeki çocuk kliniklerinin genel yapısı ve özellikleri incelendiğinde, hasta odaları tek kişilik, iki kişilik ve beşli koğuş şeklinde dizayn edilmiş odalardan oluşmaktadır (acil servis, çocuk yoğun bakım ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi hariç). Her üç hastanede de çocuk kliniklerinde yatan çocukların yanına çoğunlukla ebeveynleri olmak üzere refakatçi kabul edilmektedir. Çocukları ile birlikte hastane kalan ebeveynler ve yetişkinler için klinikler uygun ortam hazırlanmasına dikkat edilmektedir. Çoğu çocuk kliniğinde oyun odası bulunmaktadır. Oyun odası bulunan klinik sayısı oldukça azdır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankaradaki üç hastane oluşturmuştur. Ankara'daki hastanelere Türkiye'nin birçok ilinden hasta kabul edilmekte olup birçok farklı özellikteki hasta popülasyona ulaşılabilmesi heterojen çocuk hasta grubu ile çalışmasını sağlamıştır. Aynı zamanda araştırmanın evrenini oluşturan üç hastaneden ikisi üniversite hastanesi iken biri Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastanesi olması da farklı özellikteki hasta popülasyonunun olmasında bu heterojen yapıyı desteklemiştir. Araştırmanın evrenini oluşturan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi ve Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinin çocuk kliniklerinde yatan, kendilerini ifade edebilecek bilişsel yeterliliği ve okuma yazması olan 7-13 yaş grubu çocuklar oluşturmuştur. Uzun süreli bakımın alındığı onkoloji klinikleri, bilinç düzeyinde değişikliklerin sık yaşandığı çocuk yoğun bakım üniteleri ve çok daha kısa süreli bakımın alındığı acil üniteleri ve polikliniklerden hizmet alan çocuklar araştırma kapsamı dışında tutulmuştur.

3.5. Araştırmanın Örneklemi

Ölçek geliştirme çalışmalarını ile ilgili literatürde, ölçek geliştirme sürecinde örneklem büyüklüğü madde sayısının en az beş kattı ile on katı olması gerektiğı genel bir kural olarak görülmektedir (135). Aynı zamanda örneklem büyüklüğü olarak n=50 rakamı çok zayıf, n=100 rakamı zayıf, n=200 rakamı orta, n=300 rakamı iyi, n=500 rakamı çok iyi, n=1000 rakamı ise mükemmel olarak nitelenir (135, 136, 137). Çalışmanın örnekleminin belirlenmesinde, taslak ölçekteki madde sayısı (41 madde) göz önünde bulundurularak her bir maddenin sekiz katı olacak şekilde örneklem sayısı 328 olarak belirlenmiştir. Toplam 374 çocuktan veri toplanmış olup veri girişi esnasında veri eksikliği nedeniyle 20 anket analize alınmamış olup 354 çocuk ile çalışma tamamlanmıştır.

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul eden çocuklar
- Ebeveynleri tarafından araştırmaya katılması onaylanan çocuklar
- Okuma yazması olan çocuklar
- Türkçeyi iyi bilen çocuklar
- Bilişsel yeterliliğı olan çocuklar
- Bakım gereksinimlerinin belirgin hale gelmesi açısından en az iki gün klinikte yatan çocuklar

Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen çocuklar
- Ebeveynleri tarafından araştırmaya katılması onaylanmayan çocuklar
- Yedi yaşından küçük ve 13 yaşından büyük çocuklar
- Okuma yazma bilmeyen çocuklar

- Türkçeyi iyi bilmeyen çocuklar
- Bilişsel yeterliliği olmayan çocuklar
- Klinikte iki günden daha az yatan çocuklar

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler; Çocukların Gözü ile Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği puan ortalaması.

Bağımsız değişkenler; yaş, cinsiyet, anne ve baba eğitim durumu, anne ve baba mesleği, yattığı klinik, hastaneye yatı nedeni, hastane deneyimi, hastanedeki kalış süresi, kronik hastalığa sahip olma durumu, bakım kalitesi puan ortalaması.

3.7. Tanımlar

Bakım kalitesi: Teknolojik gelişmeler ve bilgiler doğrultusunda hastaya sunulan bakımı ile bakım standartları arasındaki uyumun derecesi ya da hastadan istenen sonuçları artırma ve istenmeyen sonuçları azaltma ve memnuniyet derecesidir.

Hasta memnuniyeti: Hastanın beklentileri ile aldığı bakımın uyumu.

3.8. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Çocukların Gözü ile Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Taslak Ölçeği” kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen form iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde çocuğun sosyodemografik özelliklerinin (yaş, cinsiyet, doğum tarihi, anne ve baba eğitim durumu, anne ve baba mesleği) ikinci bölümde ise hastane ve hastalığı ile ilgili özellikleri (yattığı kliniğin adı, tıbbi tanısı, hastaneye yatış nedeni, hastanede daha önce yatıp yatmadığı, yatışının kaçınıcı günü olduğu, kronik hastalığının olup olmadığı) ve aldığı bakımın kalitesinin ilişkin değerlendirme (10'luk cetvel üzerinde) puanını içeren toplam 15 sorudan oluşmaktadır (Ek-I).

Çocukların Gözü ile Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Taslak Ölçek

Çocukların Gözü İle Bakım Kalitesinin Değerlendirmesi Ölçeğinin Taslağı (EK-II) 41 maddeden oluşan, 5'li Likert tipte bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçekteki her bir ifade '1' hiçbir zaman katılmıyorum, '2' nadiren katılıyorum,'3' bazen katılıyorum, '4' çoğu zaman katılıyorum, '5' her zaman katılıyorum şeklinde puanlandırılmıştır. Taslak ölçekte negatif ifade bulunmamaktadır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri sonucunda 41 maddeden oluşan taslak ölçek 15 maddeye inmiş olup nihai ölçek oluşturulmuştur. Ölçeğin faktör analizi sonucunda üç alt boyut belirlenmiş olup bunlar; psikososyal bakım (6 madde), fiziksel bakım (5 madde) ve bilgilendirme (4 madde) alt boyutlarıdır.

3.9. Verilerin Toplanması

Araştırma için oluşturulan taslak ölçek, etik kurul onayı ve hastanelerden gerekli resmi izinler alındıktan sonra, hastane yöneticileri ile görüşülerek belirlenen plan çerçevesinde veriler toplanmıştır. Veriler Kasım 2016 Temmuz 2017 tarihleri arasında toplanmıştır.

Veri toplama aracı, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan çocuklar ve ebeveynleri ile görüşülerek sözlü ve yazılı onam alındıktan sonra uygulanmıştır. Veri toplama aracını çocuğun kendisi tarafından doldurulması sağlanmıştır. Araştırmacı çocuğun veri toplama aracı ile ilgili sorularını yanıtlayabilmesi için ortamda hazır bulunmuştur. Tıbbi tedavisi nedeniyle yazmasını zorlayan ya da engelleyen (örneğin el üstünde damar yolu bulunması, post-op dönem de olması vb.) durumdaki ve küçük yaş grubundaki çocuklardan veri toplama araçları yüz yüze görüşme yöntemi ile çocuğa uygulanmış ve çocuğun verdiği cevaplar aynen işaretlenmiştir. Uygulama yaklaşık 30-40 dakika sürmüştür.

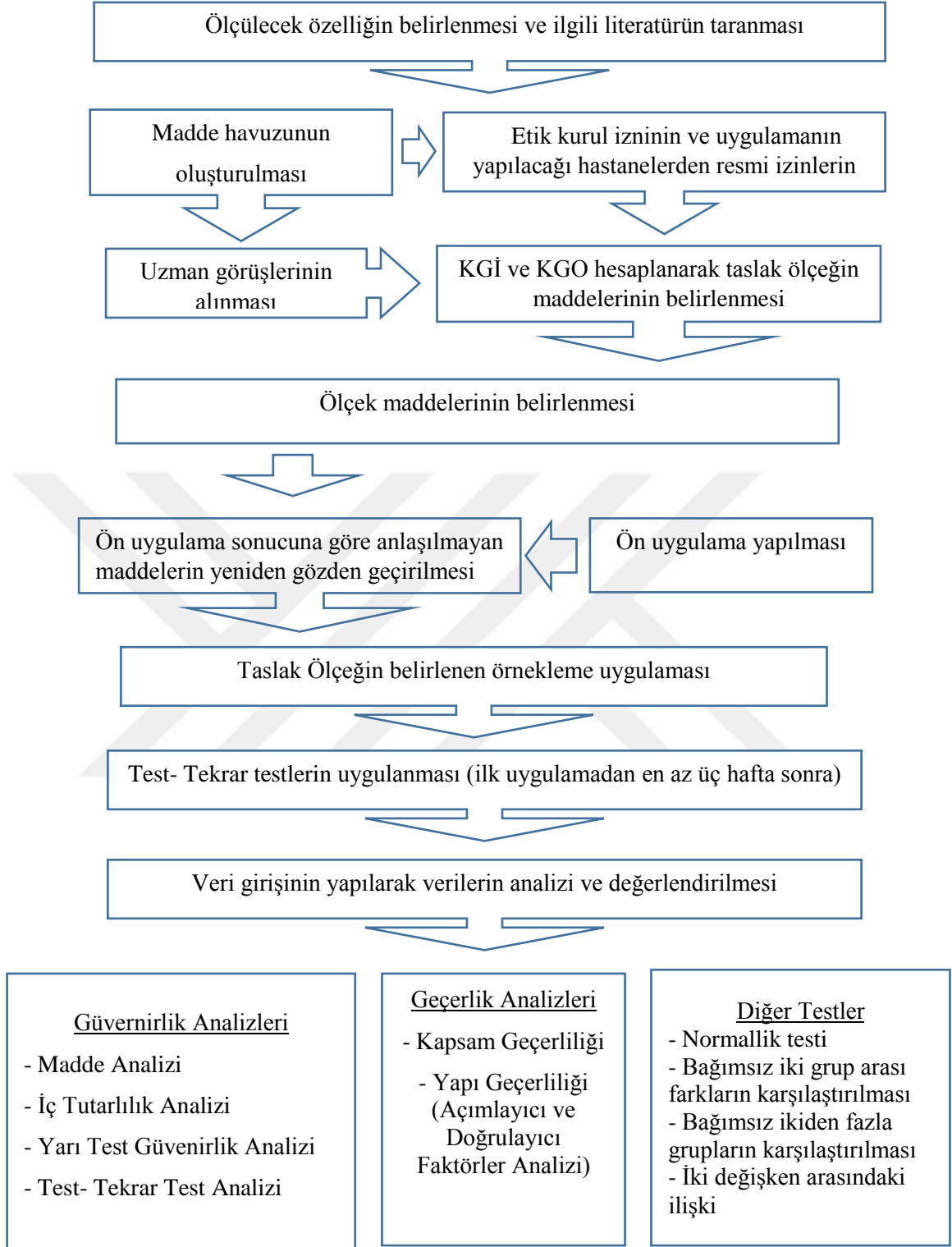
Veri toplama sürecinde, çalışmaya katılmayı çocuk kabul etmesine rağmen ebeveynlerin katılmak istememesi, veri toplama araçlarını doldururken annelerin çocuklarının düşüncelerini ve görüşlerini etkilemeye çalışması, çocukların bakım kalitesi ile ilgili olumsuz görüş bildirmesi durumunda sağlık personelinin negatif tutumlarına ilişkin ebeveynlerin endişelerinin olması gibi nedenlerle güçlükler

yaşanmıştır. Ebeveynlerin endişelerini gidermek için gerekli açıklamalar yapılmıştır. Aynı zamanda veri güvenilirliğini sağlamak için çocuğun kendi görüşlerine göre anketi doldurulması için uygun ortam oluşturulmuştur.

3.10.Araştırmanın Aşamaları

Ölçek geliştirme aşamalarından, madde havuzunun oluşturulması ve taslak ölçek maddelerin seçimi, uzman görüşünün alınması, ön uygulamanın yapılması ve taslak ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik analizlerinin yapılması aşamaları yapılmıştır. Aynı zamanda araştırmanın diğer bir aşaması ise ölçek puan ortalamasının bağımsız değişkenler ile karşılaştırılmasıdır.





Şekil 3.1. Araştırmanın Aşamaları

Madde oluşturma aşaması: İlk olarak konuya ilişkin ilgili literatür taranarak ölçme aracı için madde havuzu oluşturulmuştur. Madde havuzunun oluşturulmasında

yetişkinler için hazırlanmış bakım kalitesi ve memnuniyet ile ilgili ölçekler, pediatrik bakıma ilişkin ailelerin görüşlerinin değerlendirildiği çalışmalar, konuya ilişkin çocuklar ile yapılmış çalışmalar, konu ile ilgili yurtdışında geliştirilmiş ölçekler ve pediatrik bakımı veren ve alan kişiler ile yapılan görüşmeler temel alınmıştır (5, 19, 138, 52, 139, 8, 140, 33, 34, 35, 29, 141, 22,142, 143, 144). İlgili literatür ışığında oluşturulan madde havuzundan toplam 45 madde seçilmiştir. Maddelerin seçiminde konuya ilişkin çocuklar ile yapılmış çalışmaların yanı sıra hedef grubun bilişsel gelişim özellikleri de dikkate alınmıştır.

Uzman görüşlerinin alınması aşaması: Madde havuzundan seçilen 45 madde uzmanlar tarafından ölçülmek istenilen özelliği ölçüp ölçmediği, dil ve şekil bakımından incelenmiştir. Uzmanlar konu alanında yeterli bilgiye ve donanıma sahip çalışmanın önemini kavrayabilen ve çocuklar ile çalışma deneyimi olan kişiler arasından seçilmiş akademisyen ve klinik hemşirelerinden, 20 uzmana gönderilmiştir. Uzmanlardan 5 Prof. Dr., 5 Doç. Dr., 4 Dr. Öğretim Üyesi, 1 Öğretim görevlisi olmak üzere toplam 15 akademisyen hemşire ve 5 klinisyen hemşireden oluşmaktadır. Klinisyen hemşirelerin 4'ü çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında yüksek lisans yapmış ve yapmakta olan uzmanlardır. Aynı zamanda ölçeğin geçerlilik aşamalarından kapsam geçerliliği de sağlanmıştır. Kapsam geçerliliğine ilişkin sonuçlar bulgular bölümünde verilmiştir.

Ön uygulamanın yapılması: Uzman görüşlerine göre düzenlenen nihai ölçeğin ön uygulaması Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesinde çalışmanın örnekleme dâhil edilmeyen 30 çocuk ile yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında her bir madde için gerekli düzeltmeler yapılarak taslak ölçek oluşturulmuştur (Ek-II).

3.11.Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi istatistiksel paket programında yapılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistik testlerinden sayı, yüzde, ortalama, standart sapma değerlerine bakılmıştır. Ölçeğin açıklayıcı faktör analizinden (AFA) önce faktör analizi yapmak için örneklem büyüklüğünün değerlendirilmesinde Kaiser-Meyer-Olkin ve Barlett Sphericity testleri kullanılmıştır. AFA'da temel bileşenler analizi ve

varimax rotasyon yöntemleri kullanılmıştır. Veriler sürekli ve normal dağılım gösterdiği için maximum likelihood kestirim metodu kullanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) için path diyagramı ve uyum iyiliği ölçütleri incelenmiştir. DFA için çoklu uyum indeksleri kullanılmıştır. Bu uyum indekslerinden iyilik uyum indeksi (Goodness of Fit Index, GFI), düzeltilmiş iyilik uyum indeksi (Adjustment Goodness of Fit Index, AGFI), karşılaştırmalı uyum indeksi (Comparative Fit Index, CFI), normlaştırılmış uyum indeksi (Normed Fit Index, NFI), normlaştırılmamış uyum indeksi (Normed Fit Index Tucker Lewis Index NNFI-TLI), tahmin hatalarının ortalamasının karekökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA) ve standart hata kareleri ortalamasının karekökü (Standardized Root Mean Square Residual, SRMR) hesaplanmıştır. Ölçeğin güvenilirlik çalışmasında, madde analizi için kolerasyon katsayısı, iç tutarlılık analizi için cronbach alfa katsayısı, yarı test güvenilirlik analizi için iki yarı arasındaki korelasyon, Guttman Split Güvenilirlik katsayısı, Spearman Brown Katsayısı ve Yarı Cronbach Alfa katsayısı hesaplanmış ve Test Takrar test analizi Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılım özelliklerinin değerlendirilmesi skewness (0.457) ve kurtosis (0.374) değerleri ile incelenmiş olup veriler normal dağılım özelliği gösterdiği için parametrik testler kullanılmıştır. Bağımsız iki grup arası farkların karşılaştırılmasında student t testi, bağımsız ikiden fazla grupların karşılaştırılmasında ANOVA testi, değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için korelasyon analizi kullanılmıştır.

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma örnekleme alınan üç hastanenin çocuk kliniklerinde yatan 7-13 yaş grubunda olan ve araştırmaya dâhil edilme kriterlerini taşıyan çocuklar ile sınırlıdır. Aynı zamanda araştırmanın diğer bir sınırlılığı ise veri toplama aracındaki ifadelerle öz bildirim dayalı olmasıdır.

3.13. Araştırmanın Etik Yönu

Bu araştırma, Helsinki Deklerasyonu prensiplerine uygun olarak yürütölmüştür. Araştırmanın etik onayı Abant İzzet Baysal Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulundan 02.03.2016 tarihinde 2016/02 karar ile alınmıştır (Ek-IV). Araştırmanın uygulanacağı hastanelerden yazılı izinler alınmıştır (Ek-V, Ek-VI, Ek-VII, Ek-VIII). Araştırmaya katılan çocuk ve ebeveyninden yazılı ve sözlü onam alınmıştır.



4. BULGULAR

4.1. Ölçek Geliştirme Çalışmasına İlişkin Bulgular

İlgili literatür doğrultusunda öncelikle madde havuzu oluşturulmuştur. Oluşturulan madde havuzundan 45 madde seçilmiştir. Daha sonra 45 maddelik taslak ölçeğin geçerlilik güvenirliği ile ilgili çalışmalar gerçekleştirilmiştir.

4.1.1. Geçerlilik Çalışmaları

4.1.1.a. Kapsam geçerliliği

Kapsam geçerliliği maddelerin, ölçülmek istenen davranışı (özelliği) ölçmede nicelik ve nitelik olarak yeterli olup olmadığının bir göstergesidir. Araştırmacılar tarafından oluşturulan madde havuzundan seçilen 45 madde uzman görüşüne gönderilmiş olup her bir maddeyi uzmanlar ölçülmek istenilen özelliği ölçüp ölçmediği, dil ve şekil bakımından incelemiştir. Uzmanlar konu alanında yeterli bilgiye ve donanıma sahip çalışmanın önemini kavrayabilen ve çocuklar ile çalışma deneyimi olan kişiler arasından seçilmiş, 20 uzmana gönderilmiştir.

Kapsam geçerliliği için uygulanan yöntemlerden biri Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) olarak bilinen Davis tekniğidir. Davis tekniği göre uzmanlar her maddeyi (a) uygun, (b) madde hafifçe gözden geçirilmeli, (c) madde ciddi olarak gözden geçirilmeli ve (d) madde uygun değil şeklinde dörtlü derecelendirme ile değerlendirmektedir. Bu teknikte her bir madde için (a) ve (b) seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek, maddeye ilişkin KGİ elde edilmiştir. Maddelerin KGİ'leri 0.75 ile 1 arasında değişmiştir. Ölçeğin kapsam geçerlilik indeksi 0.93 olarak bulunmuştur.

Aynı zamanda kapsam geçerliliğinde Kapsam Geçerlik Oranı-KGO (Content Validity Ratio/Index) indeksi kullanılmıştır. $KGO = \frac{Ne}{N-2} - 1$ formülü ile hesaplanmıştır. Formülde; "Ne" uygun seçeneğini işaretleyen uzman sayısını, "N" ise çalışmaya katılan toplam uzman sayısını ifade etmektedir. Lawshe'nin Kapsam Geçerliliği Oranı (KGO) formülüne göre maddeler 0.50 ile 1 puan arasında değişmiştir. Ölçeğin KGO 0.86 olarak bulunmuştur. KGO ve KGİ hesaplamalarına

göre ölçekten 4 madde çıkartılmıştır. Diğer maddeler ile ilgili uzmanların öneri doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

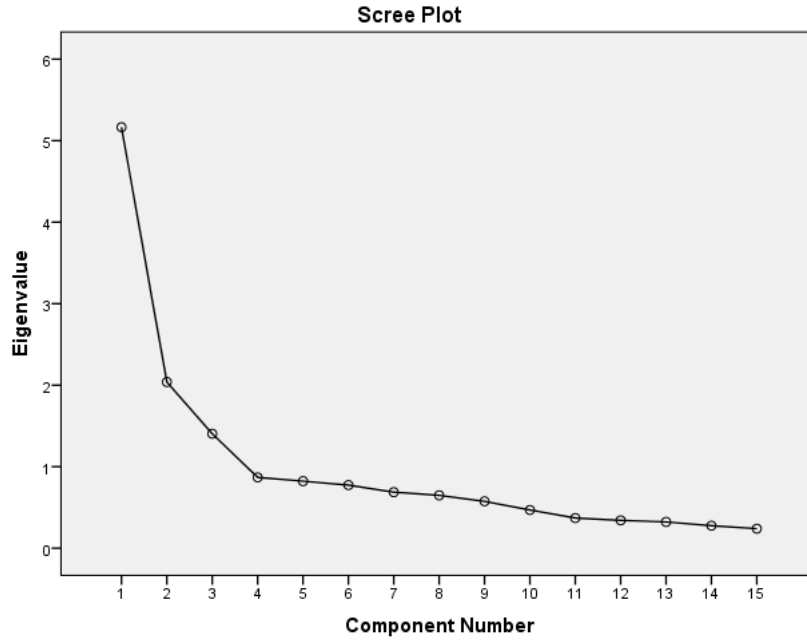
Daha sonrasında 41 maddelik taslak ölçek için tekrar uzman görüşüne (daha önce taslak ölçeği değerlendiren sekiz uzman) başvurulmuştur. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Waltz ve Bausell (1981) tarafından geliştirilen Kapsam Geçerlik İndeksi-KGI (Content Validity Index-CVI) kullanılmıştır. Bu indekse göre uzmanlardan her bir maddeyi “1” ile “4” puan arasında puanlandırmaları istenmiştir. Uzmanlar maddelerin uygunluğunu değerlendirmesinde, her ifadeyi 1 (uygun değil, madde çıkarılmalı), 2 (biraz uygun, maddede gerekli düzeltmeler yapılmalı), 3 (uygun, madde gözden geçirilmeli) ve 4 (oldukça uygun, madde bir değişikliğe gerek yok) arasında puanlamışlardır. Her bir maddenin kabul edilebilir puan ortalaması 2 ve üzeri olarak belirlenmiş olup madde puan ortalaması 2.88 ± 0.35 ile 4 ± 0.00 olarak bulunmuştur. Uzmanların değerlendirme puanlarının uyumu Kendall Uyuşum Katsayısının hesaplandığı Kendall W analizi ile değerlendirilmiştir. Uzman görüşlerinin birbirini destekledikleri belirlenmiştir (Kendall $W=0.81$).

İkinci kez alınan uzman görüşleri doğrultusunda 41 madden oluşan taslak ölçek örneklem grubu ile benzer özellikte ancak örneklem grubunda yer almayan 30 çocuk ile ön uygulama yapılarak ölçme aracının uygulanabilirliği değerlendirilmiştir. Ön uygulama sonucunda anlaşılmayan maddeler düzenlenmiş ve taslak ölçeğin son hali oluşturulmuştur.

4.1.1.b. Yapı geçerliği

Taslak ölçeğin yapı geçerliliği için madde analizinde sonra (madde analiz sonuçları güvenilirlik bulguları içinde verilmiştir) faktör analizi yapılmıştır. Madde analizi sonucunda 20 maddeden oluşan ölçeğin faktör yapısının incelenmesi amacı ile öncelikle açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. Açımlayıcı faktör analizinde Temel Bileşenler Analizi ve Varimax Rotasyon yöntemi kullanılmıştır.

Scree plot grafiğinde de üçüncü noktadan sonra çizgi eğiminin yatay olarak devam etmektedir (Grafik 4.1). Bu sonuçlara göre taslak ölçeğin üç faktör sayısına sahip olduğu saptanmıştır.



Grafik 4.1. Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği Özdeğer Grafiği

Faktör analizinde faktör yük değeri işarete bakılmaksızın en az 0.30'un üzerinde olması gerekmektedir. Bu çalışmada faktör yük değeri 0.45 olarak kabul edilmiştir. Taslak ölçek olan 20 maddelik ölçek için yapılan ilk açımlayıcı faktör analizi sonuçlarına göre öz değeri 1'in üzerinde olan 3 faktörün varyansa yaptığı toplam katkı %47.81'dir. Faktör analizi sonucunda dört madde (1, 18, 23, 41. maddeler) için faktör yük değeri 0.45'in altında kalmıştır. Daha sonra bu maddeler taslak ölçekten çıkarılarak bir kez daha 16 maddelik ölçek için faktör analizi yapıldı. İkinci açımlayıcı faktör analizi sonuçları göre öz değeri 1'in üzerinde olan 3 faktörün varyansa yaptığı toplam katkı %54.38'e yükselmiş olduğu bulunmuştur. İkinci faktör analizi sonucunda 15. maddenin faktör yük değerinin 0.45'in altında kaldığı görülmüştür. Taslak ölçekten 15. maddenin çıkartılması yoluna gidilmiştir.

Üçüncü açımlayıcı faktör analizi 15 maddeden oluşan taslak ölçek için yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre öz değeri 1'in üzerinde olan 3 faktörün varyansa yaptığı toplam katkı %57.38'e kadar yükseldiği bulunmuştur. Analize alınan tüm maddelerin faktör yük değerinin 0.45'in üstünde olduğu görülmüştür.

Tablo 4.1. Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

MADDELER	FAKTÖR 1	FAKTÖR 2	FAKTÖR 3
Madde 12	.807		
Madde 11	.686		
Madde 13	.670		
Madde 16	.660		
Madde 14	.650		
Madde 15	.619		
Madde 9		.783	
Madde 24		.767	
Madde 25		.758	
Madde 8		.694	
Madde 27			.835
Madde 26			.815
Madde 28			.721
Madde 29			.529
Madde 30			.454
ÖZDEĞER	5.165	2.038	1.404
AÇIKLANAN VARYANS	34.434	13.589	9.538
AÇIKLANAN TOPLAM VARYANS	57.382		

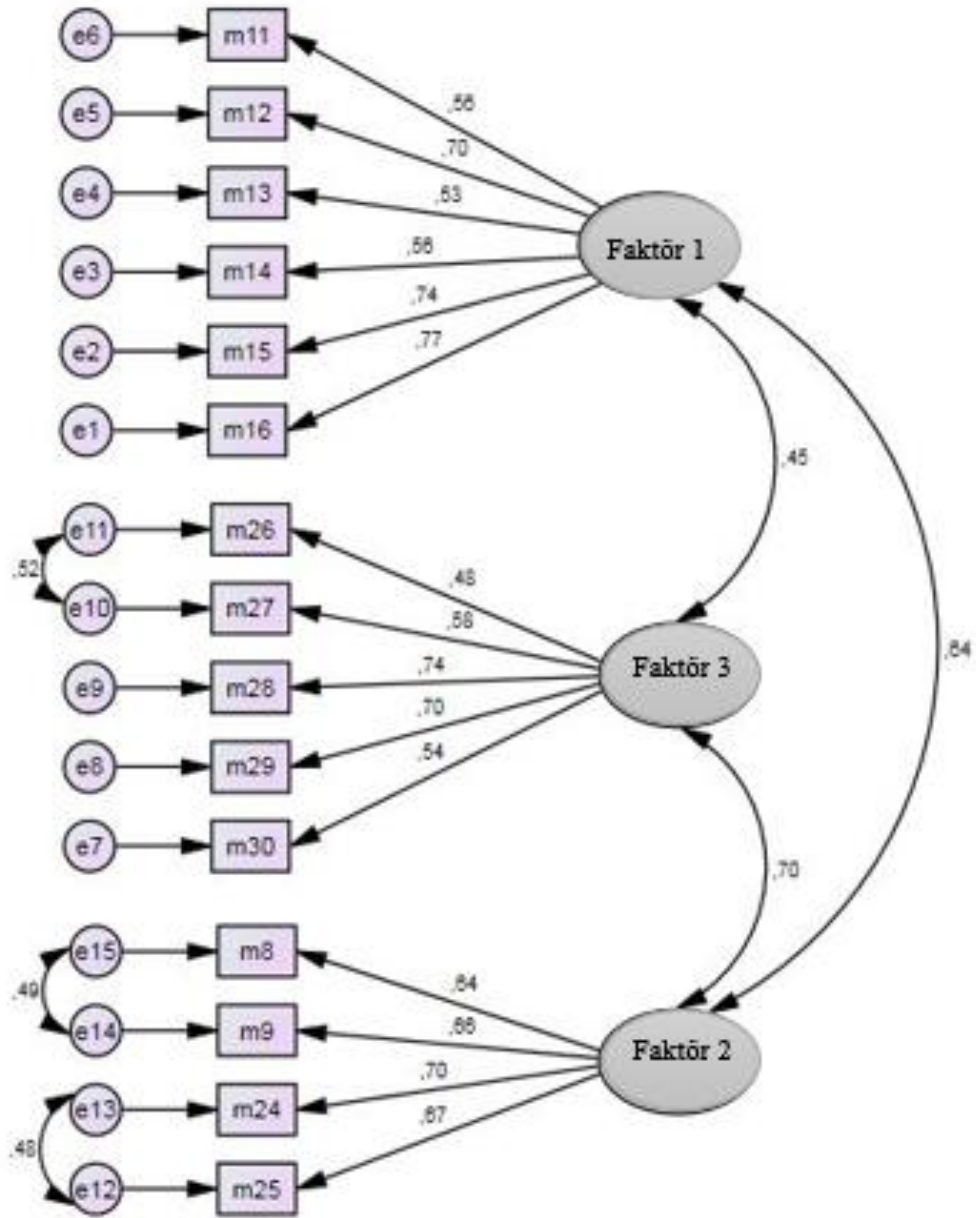
Ölçek maddelerinin açıklayıcı faktör analizi sonucunda faktör yüklerinin değerlerinin 0.45 ve 0.83 arasında olduğu ve 3 faktör boyutunda toplandığı bulunmuştur. Birinci faktör altındaki toplam altı madde olduğu, faktör yüklerinin 0.81 ve 0.62 arasında değiştiği ve açıklanan varyansın %34.43'ünü açıkladığı bulunmuştur. İkinci faktör ise açıklanan toplam varyansın %13.59'unu açıkladığı ve maddelerin

faktör yükleri 0.78 ile 0.69 arasında değişen dört maddeden oluştuğu görülmüştür. Özdeğeri birden büyük üçüncü ve son faktör beş maddeden oluşmuş ve maddelerin faktör yüklerinin 0.83 ile 0.45 arasında değiştiği bulunmuştur. Açımlayıcı faktör analizi sonuçlarına göre üç faktör yapısında olan ölçeğin toplam varyansın %57.38'ini açıkladığı saptanmıştır (Tablo 4.1).

Faktör analizi için örneklem büyüklüğünün uygun olup olması önemlidir. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ile örneklemin yeterliği olduğu saptanmıştır. Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği'nin taslağında bulunan 15 madde ile yapılan faktör analizinde KMO değeri olarak hesaplanan örneklem yeterliliği 0.834 ve Bartlett's Test of Sphericity $X^2=2062.077$ $p<0.001$ olarak bulunmuştur. Yapılan analiz sonucunda, verilerin homojen olduğu ve varyansların faktör analizi yapılmasına uygun olduğu saptanmıştır.

Açımlayıcı faktör analizi sonuçlarına göre, üç faktörlü yapının öngörülen teorik yapı ile uyumluluğunun belirlenmesinde Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. Veriler sürekli ve normal dağılım gösterdiği için maximum likelihood kestirim metodu kullanılmıştır. DFA'nin değerlendirilmesi için path diyagramı ve uyum iyiliği ölçütleri incelenmiştir. DFA için çoklu uyum indeksleri kullanılmıştır. Bu uyum indekslerinden GFI, AGFI, CFI, NFI, NNFI-TLI, RMSEA ve SRMR değerlendirilmiştir.

Toplam 15 madde ve 3 alt faktörden oluşan ölçeğin DFA analizi sonuçları değerlendirildiğinde standart çözümlerden sonra maddeler ($t=14,267 - 6.762$ arasında değişmekte) ve faktörler ($t=7.188-5.332$ arasında değişmekte) arasındaki t değerlerinin 2,96'nın üstünde olduğu ve $p<0.001$ düzeyinde anlamlı olduğu görülmüştür.



Şekil 4.3. Nihai Ölçeğe Ait Standardize Edilmiş Katsayılar

DFA analizinde aynı faktörde yer alan maddeler arasında olmak koşuluyla üç modifikasyon yapılmıştır. Modifikasyon 26. ile 27., 8. ile 9. ve 24. ile 25. maddeler arasında yapılmıştır. Modifikasyon işleminden sonra modelin uyum indekslerinin iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Tablo 4.2 deki uyum indeksleri verilmiştir. Uyum indekslerinden X^2/sd oranı, GFI, NFI, NNFI (TLI) ve SRMR indekslerinin kabul edilebilir uyum değerleri sınırlarında olduğu, AGFI, CFI ve RMSEA uyum

indekslerinin ise mükemmel uyum değerleri sınırında olduğu saptanmıştır. DFA’da modelin geçerliğinin değerlendirildiği indekslerin model – veri uyumunu sağlandığı görülmektedir.

DFA analizinde ölçğe ait standardize katsayılar incelendiğinde faktör 1 (psikososyal bakım alt boyut) için 0.53 ile 0.77 arasında, faktör 2 (bilgilendirme alt boyutu) için 0.48 ile 0.74 ve faktör 3 (fiziksel bakım alt boyutu) için 0.64 ile 0.70 arasında faktör yüklerinin değiştiği görülmüştür.

Tablo 4.2. Nihai Ölçeğin Uyum İndeksleri ve Kabul Edilebilir İndeks Değerleri

İndeksler	Elde Edilen Değerler	Kabul Edilebilir Değerler	Mükemmel Değerler
X ² /sd	2.13	$2 \leq X^2/sd \leq 3$	$0 \leq X^2/sd \leq 2$
GFI	0.93	$.90 \leq CFI \leq .95$	$.95 \leq GFI \leq 1.00$
AGFI	0.90	$.85 \leq AGFI \leq .90$	$.90 \leq AGFI \leq 1.00$
CFI	0.95	$.90 \leq CFI \leq .95$	$.95 \leq CFI \leq 1.00$
NFI	0.91	$.90 \leq NFI \leq .95$	$.95 \leq NFI \leq 1.00$
NNFI (TLI)	0.94	$.90 \leq NNFI \leq .95$	$.95 \leq NNFI \leq 1.00$
RMSEA	0.05	$.05 \leq RMSEA \leq .08$	$.00 \leq RMSEA \leq .05$
SRMR	0.09	$.05 \leq SRMR \leq .10$	$.00 \leq SRMR \leq .05$

4.1.2. Güvenirlik Analizleri

Güvenirlik için madde, iç tutarlık, yarı test güvenirlik ve test tekrar test analizleri yapılmıştır.

4.1.2.a. Madde analizi

Güvenirlik analizi için ölçme aracını oluşturan maddelerin ölçme aracının bütünüyle ne derecede ilişkili olduklarını belirlemek için madde analizinden yararlanılmıştır. Madde analizi için korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi taslak ölçeği 354 kişilik hasta çocuk grubu örnekleminde uygulanmıştır. 41 maddenin madde-toplam puan korelasyonları

incelendiğinde madde-toplam puan korelasyon katsayılarının 0.12 ile 0.52 arasında değiştiği, ölçeğe ait en küçük madde-toplam test korelasyon katsayısının madde 5 ve en yüksek madde 16 olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Taslak Ölçeğin Madde-Toplam Puan Korelasyonu Sonuçları

MADDELER	Madde- Toplam Korelasyonları	Madde çıkarıldığında iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alfa)
Madde 1	.382*	.856
Madde 2	.290*	.858
Madde 3	.168*	.859
Madde 4	.307*	.858
Madde 5	.120*	.865
Madde 6	.342*	.857
Madde 7	.165*	.860
Madde 8	.492*	.853
Madde 9	.475*	.853
Madde 10	.383*	.856
Madde 11	.412*	.855
Madde 12	.426*	.856
Madde 13	.371*	.856
Madde 14	.390*	.856
Madde 15	.453*	.855
Madde 16	.516*	.854
Madde 17	.346*	.857
Madde 18	.440*	.854
Madde 19	.178*	.860
Madde 20	.123*	.860
Madde 21	.144*	.861
Madde 22	.299*	.857
Madde 23	.416*	.855
Madde 24	.498*	.853
Madde 25	.430*	.854

Tablo 4.3. 'ün Devamı

MADDELER	Madde- Toplam Korelasyonları	Madde çıkarıldığında iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alfa)
Madde 26	.421*	.855
Madde 27	.486*	.854
Madde 28	.457*	.854
Madde 29	.504*	.853
Madde 30	.478*	.853
Madde 31	.176*	.860
Madde 32	.303*	.858
Madde 33	.223*	.859
Madde 34	.151*	.860
Madde 35	.290*	.858
Madde 36	.239*	.859
Madde 37	.258*	.858
Madde 38	.292*	.858
Madde 39	.263*	.858
Madde 40	.342*	.857
Madde 41	.432*	.854

*p<0.05

Maddelerin tamamının korelasyon güvenirlik katsayılarının pozitif yönde bir ilişki gösterdiği bulunmuştur. Madde – toplam korelasyonu 0.30 ve daha yüksek olan maddelerin ayırt edicilik özelliğinin iyi olduğunu göstermesi nedeniyle korelasyon güvenirlik katsayıları 0.35'in altında olan maddelerin taslak ölçekten çıkarılması yöntemi izlenmiştir. Nihai ölçeye seçilen maddelerin iyi düzeyde ayırıcılık göstermesi bir başka deyişle, maddelerin ölçüğün bütünü ile ölçülmek istenen özelliği iyi ölçebilen maddeler olması için 21 madde (2, 3, 4, 5, 6, 7, 17, 19, 20, 21, 22, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40. maddeler) ölçekten çıkarılmıştır. Ölçekten çıkarılmasına karar verilen 21 madde incelendiğinde maddenin silinmesi durumunda ölçüğün Cronbach

Alfa güvenilirlik katsayısının arttığı görülmüştür. 41 maddenin 21 maddesi madde analizi sonucunda ölçekten çıkarılarak ölçekte yer alan madde sayısı 20'e düşürülmüştür.

Yapı geçerliliği için yapılan açımlayıcı ve doğruluyacı faktör analizi sonrasında 15 maddeden oluşan nihai ölçek için yapılan madde-toplam puan korelasyonu sonuçları Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 1.4. Nihai Ölçeğin (15 Madde) Madde-Toplam Puan Korelasyonu Sonuçları

Maddeler	Madde- toplam korelasyonları	Madde çıkarıldığında iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alfa)
Madde 8	.591	.844
Madde 9	.571	.845
Madde 11	.379	.855
Madde 12	.477	.852
Madde 13	.383	.855
Madde 14	.422	.853
Madde 15	.555	.848
Madde 16	.575	.847
Madde 24	.604	.843
Madde 25	.585	.844
Madde 26	.376	.855
Madde 27	.440	.852
Madde 28	.523	.848
Madde 29	.547	.846
Madde 30	.448	.852

Analiz sonuçlarına göre korelasyon güvenilirlik katsayıları 0.35'in altında olan maddenin bulunmadığı saptanmıştır. Madde-toplam puan korelasyon katsayılarının

0.38 ile 0.60 arasında değiştiği, ölçeğe ait en küçük madde-toplam test korelasyon katsayısının madde 26 ve en yüksek madde 24 olduğu bulunmuştur.

4.1.2.b. İç tutarlılık analizi

Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği ve alt boyutlarının iç tutarlılığı güvenilirlik analizi için Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı incelenmiştir.

Tablo 4.5. Ölçeğin ve Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Analizi Sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutları	Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı
Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği	.86
Alt Boyutlar	
Psikososyal Bakım	.80
Fiziksel Bakım	.77
Bilgilendirme	.82

Ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.86 bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarından en yüksek Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısının Bilgilendirme alt boyutu olduğu görölmüştür. Psikososyal Bakım ve Fiziksel Bakım alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısının sırasıyla .80 ve .77 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5).

4.1.2.c. Yarı test güvenilirlik analizi

Bir gruba uygulanan ölçme aracının soruları, iki eşit yarıya bölünür ve bireylerin iki eşdeğer yarıdan aldıkları puanlar arasındaki ilişki hesaplanır. Bulunan değer, iç tutarlılık hakkında bilgi verir.

Tablo 4.6. Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği'nin Yarı Test Güvenirlik Analizleri

Analiz	r
İki Yarı Arasındaki Korelasyon	0.50
Guttman Split-Half Güvenirlik Katsayısı	0.66
Spearman Brown Katsayısı	0.66
8 maddelik 1. Yarı Alpha Değeri	0.82
7 maddelik 2. Yarı Alpha Değeri	0.81
Kişi sayısı	354
Madde sayısı	15

Ölçeği'nin iki yarısı arasındaki korelasyon 0.50 olarak saptanmıştır. Birinci yarının (8 madde) Cronbach Alfa katsayısı 0.82; ikinci yarının (7 madde) Cronbach Alfa katsayısı 0.81; Spearman-Brown katsayısı 0.66 ve Guttman Split-Half katsayısı 0.66 olarak bulunmuştur (Tablo 4.6).

4.1.2.d. Test tekrar test analizleri

Test-tekrar test analizi ölçeğin zaman içindeki tutarlılığını ölçmek için yapılmıştır. Ölçek üç hafta sonra tekrar (ilk uygulamadan) test için yeniden uygulanmıştır. Test tekrar test analizi 30 çocuk ile yapılarak test-tekrar test güvenirlik katsayısı Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.7. Ölçekten Alınan Test-Tekrar Test Puan Ortalamaları Karşılaştırılması

Uygulama	Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği X± Sd	İstatistiksel Analiz			
		t	p	r	p
İlk uygulama	37.82±12.18	-0.260	0.796	.882	<0.001
İkinci uygulama	38.43±12.32				

İki ölçüm arasındaki Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur. Bağımlı iki grup ortalaması arasındaki farkın önemlilik testi ile test ve tekrar testten elde edilen puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamalarının farklı olmadığı ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>.05$, Tablo 4.7).

4.2. Çocukların Tanıtıcı Bilgilerine İlişkin Bulgular

Bu başlık altında çocukların ve ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri, çocukların hastalık ve hastane deneyimi ile ilgili özellikleri ve bakım memnuniyeti puan ortalamalarına ilişkin bulgular incelenmiştir.

Tablo 4.8. Çocukların ve Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kız	156	44.1
Erkek	198	55.9
Yaş (Ortalama±Ss)	9.93±2.06 (min.7 – max.13)	
Anne eğitim durumu		
Okuma yazma bilmiyor	31	8.8
İlkokul	152	42.9
Ortaokul	45	12.7
Lise	77	21.8
Üniversite ve üstü	49	13.8
Baba eğitim durumu		
Okuma yazma bilmiyor	12	3.4
İlkokul	109	30.8
Ortaokul	72	20.3
Lise	96	27.1
Üniversite ve üstü	65	18.4
Anne mesleği		
Ev hanımı	282	79.7
Memur	35	9.9
Serbest meslek	17	4.8
İşçi	20	5.6
Baba mesleği		
İşçi	172	48.6
Memur	62	17.5
Serbest meslek	100	28.3
Emekli	20	5.6
TOPLAM	354	100

Tablo 4.8’de çocukların ve ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya katılan çocukların %44.1’i kız iken %55.9’u erkektir. Çalışmaya katılan çocuklar minimum 7 yaş maksimum 13 yaş aralığında olup yaş ortalaması 9.93 ± 2.06 ’dır. Çalışmaya katılan çocukların ebeveynlerinin eğitim durumu incelendiğinde annelerin %42.9 ilkokul ve %21.8’i lise mezunu iken, babaların %30.8’i ilkokul, %27.1’i lise mezunudur. Ebeveynlerin mesleklerine ait sonuçlar incelendiğinde annelerin yarısından fazlasının (%79.7) ev hanımı olduğu, babaların ise %48.6’sının işçi, %28.3’ünün serbest meslek olduğu görülmüştür.

Tablo 4.9. Çocukların Hastalık ve Hastaneye Deneyimi İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı(n)	Yüzde (%)
Yattığı klinik		
Dahili klinikler	228	64.4
Cerrahi klinikler	126	35.6
Hastaneye yatış nedeni		
Akut durum	138	39.0
Kronik durum	216	61.0
Hastaneye yatış şekli		
Acil servis	148	41.8
Poliklinik	206	58.2
Hastane deneyimi		
Var	231	65.3
Yok	123	34.7
Kronik hastalığı sahip olma durumu		
Var	194	54.8
Yok	160	45.2
Hastanedeki yatış süresi		
2-4 gün	244	68.9
5-7 gün	64	18.1
8-10 gün	15	4.2
≥ 11 gün	31	8.8
Hastanedeki yatış süresi (Ortalama\pmSs)	4.70 \pm 4.27 (min.2 – max.33)	
Toplam	354	100

Çocukların hastalık ve hastaneye deneyimi ile ilgili özelliklerinin dağılımı Tablo 4.9’da verilmiştir. Çocukların %64.4’ü dahili kliniklerde ve %35.6’sı cerrahi kliniklerde yatmaktadır. Hastaneye yatış nedenleri incelendiğinde %39’nun akut bir durum, %61’inin ise kronik hastalık bir nedeniyle yattığı belirlenmiştir. Çocukların yarısından fazlasının (%58.2) poliklinikten hastaneye yatışı yapılırken %41.8’sinin acil servisten yatışı yapılmıştır. Çalışmaya katılan çocukların %65.3’nün daha önce hastaneye yatma deneyimi var iken %34.7’sinin daha önceden hastaneye yatmadığı belirlenmiştir. Hastanedeki yatış süresinin 2 ile 33 gün arasında değiştiği ve yatış süresi ortalaması 4.70 ± 4.27 olduğu saptanmıştır. Çocukların %68.9’unun 2-4 gün, %8.8’inin 11 gün ve daha fazla süredir hastanede yatmakta olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan çocuklar hastanede aldıkları bakıma ilişkin memnuniyeti 0 ile 10 puan arasında değerlendirmişlerdir. Bakım memnuniyeti ortalaması 8.62 ± 1.88 (min. 0 ve max.10) olarak saptanmıştır.

4.3. Çocukların Gözü İle Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeğinin Toplam Puan Ortalaması Ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Bu başlık altında Çocukların Gözü ile Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeğinin ve alt boyutlarının puan ortalaması ve etkileyen faktörlere ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.2. Çocukların Gözü İle Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeğinin Toplam Puan Ortalaması ile Alt Ölçek Puan Ortalamaları

Ölçek ve Alt Boyutlar	X ± SS	Minimum- Maksimum	Ölçekten Alınabilecek Puan
Alt Boyutlar			
Psikososyal Bakım (faktör 1)	9.33±4.69	6-25	6-30
Fiziksel Bakım (faktör 3)	18.35±5.19	5-25	5-25
Bilgilendirme (faktör 2)	10.15±5.54	4-20	4-20
Ölçek Toplam puan	37.82±12.18	15-68	15-75

Çocukların Gözü İle Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği'nden çocukların aldıkları toplam puan ortalaması 37.82 ± 12.18 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarından psikososyal bakım puan ortalamasının (9.33 ± 4.69) en düşük ortalama olduğu ve fiziksel bakım alt boyutunun en yüksek puan ortalaması (18.35 ± 5.19) olduğu saptanmıştır. Çocukların ölçeğin bilgilendirme alt boyutundan ise 10.15 ± 5.54 olarak puan aldıkları bulunmuştur.

Tablo 4.11. Çocukların Gözü İle Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Ölçek puanı Ortalama \pm Ss	İstatiksel Analiz	p değeri	Anlamlı Fark ***
Cinsiyet Kız Erkek	39.16 \pm 11.85 36.77 \pm 12.37	t=1.836*	0.06	-
Anne eğitim durumu Okuma yazma bilmiyor İlkokul Ortaokul Lise Üniversite ve üstü	37.19 \pm 13.16 39.35 \pm 11.19 34.69 \pm 11.77 37.52 \pm 12.74 36.86 \pm 13.68	F=1.457**	0.21	-
Baba eğitim durumu Okuma yazma bilmiyor İlkokul Ortaokul Lise Üniversite ve üstü	37.33 \pm 12.38 39.41 \pm 12.30 40.61 \pm 11.50 35.63 \pm 12.30 35.80 \pm 11.80	F=2.896**	0.02	ortaokul-lise
Anne mesleği Ev hanımı İşçi Memur Serbest meslek	38.33 \pm 11.86 38.05 \pm 14.30 35.37 \pm 13.62 34.29 \pm 11.56	F=1.111**	0.34	-
Baba mesleği İşçi Memur Serbest meslek Emekli	38.29 \pm 12.25 35.02 \pm 11.25 37.61 \pm 12.53 43.60 \pm 10.98	F=2.729**	0.04	memur-emekli

*student's t testi ** One-way ANOVA *** Bonferroni post hoc test

Çocukların Gözü ile Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı incelendiğinde kızların puan ortalamasının (39.16 ± 11.85) erkeklere göre (36.77 ± 12.37) daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($t=1.836$ $p>0.05$). Çocukların ölçek puan ortalamalarının anne eğitim durumuna göre değişmezken ($F=1.457$ $p>0.005$) baba eğitim durumuna göre değiştiği saptanmıştır. Baba eğitim durumu lise (35.63 ± 12.30) ve üniversite ve üstü (35.80 ± 11.80) olan çocukların bakım kalitesi puan ortalamalarının eğitim düzeyi okuma yazma bilmeyen (37.33 ± 12.38), ilkokul (39.41 ± 12.30) ve ortaokul (40.61 ± 11.50) olanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F=2.896$ $p<0.005$) ve yapılan ileri analizde bu farkın baba eğitim düzeyi ortaokulu-lise olan grup arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır. Anne mesleği ev hanımı (38.33 ± 11.86) ve işçi (38.05 ± 14.30) olan çocukların bakım kalitesi puan ortalaması memur (35.37 ± 13.62) ve serbest mesleği (34.29 ± 11.56) olanlara göre daha yüksek olduğu ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($F=1.111$ $p>0.05$). Baba mesleğine göre bakım kalitesi ölçek puan ortalamasının değiştiği en yüksek puan ortalamasının 43.60 ± 10.98 ile mesleği emekli olanlarda olduğu saptanmıştır. Baba mesleğine göre gruplar arasındaki bakım kalitesi puan ortalamaları farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F=2.729$ $p<0.05$). İleri analiz için Bonferroni testi ile karşılaştırmalı analiz yapılmış olup bu farkın emekli-memur grubu arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 4.11).

Tablo 4.12 Çocukların Gözü İle Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Hastalık ve Hastaneye Deneyimi İle İlgili Özelliklere Göre Dağılımı

Hastalık ve Hastaneye Deneyimi İle İlgili Özelliklere	Ölçek puanı Ortalama \pm Ss	İstatistiksel Analiz	p değeri
Yattığı klinik			
Dâhili klinikler	38.48 \pm 12.26	t=1.367*	0.17
Cerrahi klinikler	36.63 \pm 11.99		
Hastaneye yatış nedeni			
Akut durum	36.44 \pm 11.49	t=-1.711*	0.08
Kronik durum	38.71 \pm 12.55		
Hastaneye yatış şekli			
Acil servis	36.42 \pm 12.43	t=-1.845*	0.06
Poliklinik	38.83 \pm 11.93		
Hastane deneyimi			
Var	38.60 \pm 12.32	t=1.648*	0.10
Yok	36.37 \pm 11.83		
Kronik hastalığı sahip olma durumu			
Var	39.06 \pm 12.56	t=2.104*	0.03
Yok	36.33 \pm 11.57		

* student's t testi

Çocukların Gözü ile Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği toplam puanının hastalık ve hastane deneyimi ile ilgili özelliklere karşılaştırmasında sadece kronik hastalığa sahip olma durumunun etkili olduğu görülmüştür. Dâhili kliniklerde yatan, hastaneye yatış nedeni kronik bir durum olan ve poliklinikten yatışı yapılan çocukların bakım kalitesi ölçek puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla t=1.367, t=1.711, t=-1.845 p>0.05). Hastane deneyimi olan çocukların ölçek puan ortalaması 38.60 \pm 12.32 iken hastane deneyimi olmayan çocukların puan ortalaması 36.37 \pm 11.83 olduğu ve bu farkın istatistiksel bir anlamlılık düzeyinde olmadığı saptanmıştır (t=1.648 p>0.05). Kronik hastalığa sahip olma durumunun çocukların

bakım kalitesi puan ortalamalarını etkilediği, kronik hastalığı olan (39.06 ± 12.56) çocukların bakım kalitesi ölçek puan ortalamasının kronik hastalığı olmayanlara (36.33 ± 11.57) göre daha yüksek olduğu ve farkında istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($t=2.104$ $p<0.05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Çocukların Gözü İle Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Bazı Değişkenlerle İlişkisi

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7
1-Yaş Ortalaması	1						
2-Hastanedeki Yatış Süresi Ortalaması	0.002	1					
3-Bakım Memnuniyeti Ortalaması	-0.029	0.042	1				
4-Çocukların Gözü İle Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği Puan Ortalaması	0.233*	0.032	0.195*	1			
5- Psikososyal Bakım Alt Ölçeği Puan Ortalaması	0.040	0.066	0.138*	0.742*	1		
6- Fiziksel Bakım Alt Ölçeği Puan Ortalaması	0.181*	0.037	0.178*	0.780*	0.344*	1	
7- Bilgilendirme Alt Ölçeği Puan Ortalaması	0.309*	-0.019	0.144*	0.840*	0.462*	0.486*	1

* $p<0.01$

Çocukların Gözü ile Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği toplam puan ortalamasının yaş, hastanede yatış süresi, bakım memnuniyeti ve alt ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki ilişkin Tablo 4.13'te verilmiştir. Bakım kalitesi ölçeği puan ortalamasının yaş (0.233) ve bakım memnuniyeti (0.195) ile pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0.01$) bulunurken hastanede kalış süresi ortalamaları ile ilişkinin olmadığı bulunmuştur (0.032 $p>0.05$). Bakım kalitesi ölçeği puan ortalamasının bilgilendirme alt ölçek puan ortalaması ile 0.84, psikososyal bakım alt ölçek puan ortalaması ile 0.74 ve fiziksel bakım alt ölçek puan ortalaması ile 0.78 ile pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$).

Psikososyal bakım alt ölçek puan ortalaması ile yaş (0.040) ve hastane kalış süresi (0.066) ile arasında bir ilişki görülmezken bakım memnuniyeti puan ortalaması (0.138) ile pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Fiziksel bakım alt ölçek puan ortalamasının hem yaş (0.181) hem de bakım memnuniyeti (0.178) puan ortalaması ile pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki gösterdiği bulunmuştur. Aynı şekilde bilgilendirme alt ölçek puan ortalamasının da yaş (0.309) ve bakım memnuniyeti (0.144) puan ortalaması ile pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki gösterdiği bulunmuştur ($p<0.05$). Hem fiziksel bakım hem de bilgilendirme alt ölçek puan ortalamalarının hastanede kalış süresi ile (sırasıyla 0.037, 0.019) bir ilişki göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada çocuklara verilen bakımın çocuklar tarafından değerlendirilmesine yönelik 15 madde ve 3 faktörden oluşan geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olan “Çocukların Gözü İle Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği” geliştirilmiştir (Ek-III).

Bakım kalitesinin yükseltilmesinde en önemli faktör verilen bakımın değerlendirilmesidir. Bu değerlendirme birden fazla yöntem ile yapılabilmektedir. Verilen bakımın değerlendirilmesinde, her alana özgü kanıta dayalı olarak geliştirilen bakım standartlarına uygun olup olmadığına ilişkin sonuçların elde edilmesi önemli bir yöntemdir. Bunun yanında, bakım süreci hasta ve hemşire arasındaki bir süreç olduğu için bakımı alan kişinin aldığı bakıma ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi de büyük önem taşımaktadır. Pediatri kliniklerinde çoğunlukla bu değerlendirme ebeveyn görüşlerine dayanmaktadır. Oysaki bakımı alan primer kişi çocuktur. Hastalık süreçlerinde de ebeveynler çocuklarının yaşamında vazgeçilmez kişiler olması nedeniyle bakıma ilişkin görüşleri de oldukça değerlidir. Bu bağlamda pediatrik bakım kalitesine ilişkin geri bildirimler hem çocuktan hem de ebeveynlerinden aldığı takdirde daha anlamlı ve değerli olacaktır. Ülkemizde ebeveynler tarafından pediatrik bakımı değerlendirmek kullanılan ölçüm araçları bulunurken çocuklar tarafından pediatrik bakımı değerlendirmek için geçerli ve güvenilir herhangi bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Yurt dışındaki çalışmalar incelendiğinde konu ile ilgili geliştirilmiş ölçüm aracı bulunmaktadır. Her toplum kendi kültürüne özgü olarak yaşamlarını, hastalık süreçlerini, algılarını, tutumlarını ve görüşlerini ortaya koyar. Bu nedenle her alanda olduğu gibi bakım kalitesinin değerlendirilmesine ilişkin görüşlerinde kültürden kültüre değişiklik gösterebileceği için kendi kültürümüze özgü güvenilir ve geçerli ölçüm aracı geliştirmesi önem kazanmaktadır. Pediatri hemşirelerinin, kliniklerinde yatan çocukların bakım kalitesini değerlendirmesinde çocukların memnuniyetini ölçmek için bir ölçüm aracına gereksinimleri vardır. Bu çalışma ile bu alandaki gereksinimin giderilmesine önemli bir katkı sağlandığını düşünülmüştür. Geliştirilmiş olan ölçüm aracı sadece 7-13 yaş grubuna yönelik olup diğer yaş gruplarına yönelik ölçüm araçlarının geliştirilmesine halen gereksinim vardır.

Çalışmanın tartışma bölümü, ölçek geliştirme çalışması bulgularına ilişkin tartışma, çocukların tanıtıcı bilgilerine yönelik tartışma ve çocukların gözü ile bakım kalitesinin değerlendirilmesi ölçeğinin puan ortalaması ve etkileyen faktörlere ilişkin tartışma olmak üzere üç başlık altında ele alınmıştır.

5.1. Ölçek Geliştirme Çalışması Bulgularına Yönelik Tartışma

5.1.1. Ölçeğin maddelerinin oluşturulması

Ölçek geliştirme çalışmalarında, ölçülmek istenilen konuya ilişkin detaylı literatür taraması, kabul edilebilir bir görüşün benimsenmesi, uzman görüşünün alınması, denenmiş bir ölçme aracının kullanılması, konuya ilişkin verilerin toplanacağı örnekleme temsil eden örneklemden bilgi toplanması ve nitel bir araştırma yapılması gibi farklı yöntemler kullanılarak madde havuzu oluşturulmaktadır (145). Madde havuzunun oluşturulmasında birden fazla yaklaşım kullanılabilir. Çocukların Gözü İle Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği için madde havuzunun oluşturulmasında konuya ilişkin ilgili literatür taraması (61, 142, 23, 138, 140, 141), yetişkinler için hazırlanmış bakım kalitesi ve memnuniyet ile ilgili ölçekler (7, 5, 52), pediatrik bakıma ilişkin ailelerin görüşlerinin değerlendirildiği çalışma sonuçları (20,19, 144, 143), konuya ilişkin çocuklar ile yapılmış çalışma sonuçları (146, 30), konu ile ilgili yurtdışında geliştirilmiş ölçekler (27) ve pediatrik bakımı veren hemşirelerden alınan bazı görüşler gibi yaklaşımlar kullanılmıştır. Oluşturulan madde havuzunda toplam madde sayısı 90 olup ilgili literatür doğrultusunda oluşturulan madde havuzundan toplam 45 madde uzman görüşü alınmak üzere seçilmiştir. Madde havuzunun oluşturulmasında mümkün olduğunca geliştirilmesi düşünülen ölçeğin madde sayısının en az üç katı ya da daha fazla sayıda madde ile oluşturulması gerektiği vurgulanmaktadır (135). Bu nedenle madde havuzundan uzman görüşü için 45 madde seçilmiştir.

Uzman görüşüne sunulmak üzere madde havuzundan seçilen maddelerin seçiminde dikkat edilen diğer bir noktada hedef grubun bilişsel gelişim özellikleri olmuştur. Çalışmamızdaki hedef grup 7-13 yaş grubu idi. Okul dönemi olarak bilinen bu yaş grubunun gelişimsel görevi yapıcılıktır ve yaptığı işlerde başarılı ve üretken olmak önemlidir. Bu dönem çocuğu birey olarak toplumda yer almaya ve dış dünyaya

açılmaya başlar. Bilişsel olarak çocuk somut kavramları algılamakta oldukça iyidir. Aynı zamanda soyut kavramları da algılayabilir (147, 148, 88). Sınıflama kavramı gelişmiştir ve parçayı bütünle düşünür. Problemi çözmek için yeni ve farklı yollar deneme çabası içindedir. Neden sonuç ilişkisi gelişmiştir ve deneyimlerinden bazı sonuçlar çıkarabilir. Okuma yazmayı öğrenen okul dönemi çocuğu kendini ve isteklerini rahatlıkla yazılı ve sözel olarak ifade eder (87).

Yeni geliştirilen bir ölçeğin bilimsel bağlamda güçlü olması iki özelliğine bağlıdır. Bu özellikler ise ölçeğin geçerli ve güvenilir olmasıdır. Geçerlilik ölçülmek istenenin başka şeyler ile karıştırılmadan ölçülmesidir. Güvenirlik ise bir testin ya da ankette yer alan soruların birbirleri ile olan tutarlılığı ve kullanılan ölçeğin ilgilenilen sorunu ne ölçüde yansıttığını ifade etmektedir (136, 149).

5.1.2. Geçerlilik çalışması

Geçerliliğin sınanması için kullanılan birçok ölçüt vardır. Bu çalışmada ölçeğin geçerliliğini sınamak için kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliğine bakılmıştır.

5.1.2.a. Kapsam geçerliliği

Araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak ölçme aracı için madde havuzu oluşturulmuştur. Oluşturulan madde havuzundan seçilen 45 madde kapsam geçerliliği için 20 uzman görüşüne gönderilmiştir. Uzman görüşleri doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmış ve madde sayısı 41 ifadeye düşürülerek taslak ölçek oluşturulmuştur. Kapsam geçerliliği, ölçme aracı içindeki maddeler veya soruların ölçmeyi amaçladığı konuları dengeli bir biçimde temsil etme derecesidir (135). Kapsam geçerliliğinin değerlendirmek üzere taslak ölçek 20 uzman görüşüne sunulmuş. Literatürde ölçek uyarlama ve geliştirme çalışmalarında başvurulan uzman sayısının 3 ila 40 arasında olabileceğini belirtmektedir (150, 151). Bu çalışmada 45 madde için 20 uzman görüşü alınmış olup literatürde belirtilen uzman sayısı ile paralellik göstermektedir.

Kapsam geçerliliğinin değerlendirilmesinde birkaç yöntem kullanılmaktadır. Bu yöntemler Davis Tekniği ile kapsam geçerlilik indeksi (KGİ), Lawshe yöntemi ile kapsam geçerlilik oranı (KGO) ve Kendall's W iyi uyum analizinin

hesaplanmasıdır. Uzman görüşüne gönderilen 45 maddelik ölçeğin kapsam geçerliliği değerlendirilmesinde Davis tekniği ve Lawshe yöntemi kullanılmış olup uzman görüşlerinin sayısal değerleri için KGİ ve KGO değerleri hesaplanmıştır. Davis tekniğinde her bir maddeye ilişkin KGİ değerleri (her bir madde için a ve b seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünmesi elde edilir) hesaplanmıştır. Maddelerin KGİ değerleri 0.75 ile 1 arasında değişmiş olup Ölçeğin kapsam geçerlilik indeksi 0.93 olarak bulunmuştur. Davis tekniği ile KGİ için ölçüt değeri 0.80 olarak kabul edilmektedir (152, 153, 154). Aynı zamanda Lawshe yöntemiyle KGO formülüne ($KGO = (Ne/N-2) - 1$) göre (151,136) maddelerin KGO 0.50 ile 1 puan arasında değişmiştir. KGO için minimum değeri Veneziano ve Hooper (1997) tarafından hazırlanan tablolara göre 20 uzman için 0.42 olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada ise ölçeğin KGO 0.86 olarak bulunmuştur.

KGO ve KGİ hesaplamalarına göre ölçekten 4 madde çıkartılarak toplam madde sayısı 45'ten 41'e düşürülmüştür. Tüm maddeler ile ilgili uzmanların öneri doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra ölçekte yer alması planlanan maddeler için ikinci kez uzman görüşü için uzmanlara gönderilmiş ve uzman görüşleri arasındaki uyumun değerlendirilmesi amacıyla yapılan Kendall's W iyi uyum 0.81 olarak bulunmuştur. Çalışmanın sonucu, literatürde Kendall'ın uyum katsayısında uzmanlar arasında uyumun en az 0.80 düzeyinde olması gerekir (155) bilgisini destekler niteliktedir.

5.1.2.b. Yapı geçerliliği

Ölçeğin yapı geçerliliği için faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi uygulanırken örneklem büyüklüğü dikkate alınması gereken önemli bir husustur. Örneklem büyüklüğünün korelasyonun güvenilirliğini sağlayacak kadar büyük olması önemlidir. Örneklemden elde edilen verilerin yeterliliğinin belirlenmesi için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi yapılmaktadır. Kaiser değeri 0.90'larda mükemmel, 0.80'lerde çok iyi, 0.70'lerde ve 0.60'larda vasat, 0.50'lerde ise kötü olarak kabul edilir. Bir diğer ifade ile KMO değeri 1'e yaklaştıkça mükemmel, 0.50'nin altında ise kabul edilemez (135, 156, 157). Çocukların Gözü İle Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği'nin Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) değeri 0.86 ve Bartlett's Test of Sphericity $X^2=2062.077$ $p<0.001$ olarak bulunmuştur. KMO'nun 0.86 olması

ve Barlett testinin anlamlı olması, ankette bulunan maddelerin korelasyon matrisinin faktör analizi yapılmasına uygun olduğunu göstermektedir.

Faktör analizinde faktör yapısını belirlemek için öz değer kullanılmıştır. Öz değer (eigenvalue) hem faktörlerce açıklanan varyansı hesaplamada hem de faktör sayısına karar vermede dikkate alınan bir katsayıdır (158, 159). Özdeğer için özgedeğer grafiği kullanılmıştır (Grafik 4.1). Özgedeğer grafiğine göre ölçeğin üç faktörlü bir yapıya sahip olduğu saptandı. Özgedeğer grafiği, örneklem sayısı 200'den daha büyük olan ölçek çalışmalarında oldukça güvenilir sonuçlar verebilmektedir (158). Özgedeğer grafiğine göre dördüncü faktörden sonraki faktörlerin üste üste bindikleri ve toplam varyansa katkıları az olduğu için ölçeğin faktör yapısının üç olduğuna karar verildi.

Faktör analizinde mümkün olan en az faktör sayısı ile en yüksek varyansın açıklanması temeldir (160). Tek faktörlü ölçeklerde toplam varyansın en az %30'nun açıklanması beklenirken, birden fazla faktörlü yapılarda bu rakamın daha yüksek olması beklenmektedir (161). Açıklanan varyansın toplam varyans üzerinden %50'yi geçiyor olması faktör analizinin önemli bir kriteridir (159). Öz değeri 1'in üzerinde olan 3 faktörün varyansa yaptığı toplam katkının %57.38 olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1). Elde edilen bulguya göre, üç faktörün toplam varyansın yarısından fazlasını açıklamaktadır ve dolayısı ile faktör yapısının güçlü olduğu söylenebilir.

Açımlayıcı faktör analizinde temel bileşenler analizi ve Varimax döndürme tekniği kullanıldı. Literatürde açıklayıcı faktör analizinde, faktör açılımları için temel bileşenler yöntemi (162) ve bağımsızlık ve yorumlamada açıklık sağlama amacı ile dik döndürme tekniklerinden en sık kullanılanlardan biri olan Varimax döndürme tekniği kullanılması önerilmektedir (161). Açımlayıcı faktör analizinde madde faktör ile ilişkisini açıklayan faktör yük değeri için alt sınır olarak 0.30 olarak belirtilmiştir (156, 163, 164, 135, 159). Örneklem sayısı arttıkça anlamlı kabul edilebilecek yük değerinin düşeceği, örneğin 350 kişilik bir örneklemde 0.30 üzeri yükler anlamlı kabul edilebilirken, örneklem sayısı düştükçe kabul edilebilir değer 0.60'ya kadar çıkabilmektedir (165). Faktör yük değerinin asgari kabul edilebilir değer 0.30 olmasına rağmen, faktör yük değerleri 0.40'dan büyük olan maddeler önemli olarak kabul edilirken, 0.50'den büyük olan maddeler anlamlı kabul edilmektedir (166, 158).

Büyüköztürk (2011) de faktör yükü değerinin 0.45 ve üzerindeki olmasının madde seçimi için iyi bir ölçü olduğunu belirtmektedir (161). Bu çalışmada 354 çocuktan oluşan bir örneklem ile çalışılmış olup faktör yük değeri 0.45 ve üstü olan faktörler ölçüğe alınmıştır. Bu çalışmada faktör yük değerleri 0.45 ile 0.83 arasında değişmektedir (Tablo 4.1).

Açımlayıcı faktör analizi ile belirlenen faktörlerin, hipotez ile belirlenen faktör yapılarına uygunluğunu test etmek için doğrulayıcı faktör analizinden yararlanılmıştır (167, 168, 150, 169). Doğru faktör analizi kuramsal bilgiyi temel alarak uyum indeksleri yoluyla en uygun modelin oluşturulmasını sağlarken modelin nasıl kurulacağına ilişkin bilgi sağlamaz (170).

Doğrulayıcı faktör analizinde verilerin normal dağılım özelliği göstermesinden ve sürekli değişken olması nedeniyle kestirim yöntemi Maximum Likelihood (ML) kullanılmıştır. Sürekli verilerden oluşan, normal dağılıma uyan bir veride en çok kullanılan kestirim yöntemi Maximum likelihood veya Genaralized least squares-GLS'dir ve kestirim metotları genelde sürekli verilere göre çözümlenebilir (150). Doğrulayıcı faktör analizinde kovaryans matrisi üzerinden varsayılan olarak Maximum Likelihood istatistiğini kullanılmaktadır (159, 162).

DFA'da test edilmek istenen modelin uygunluğunu değerlendirmede uyum indeksleri kullanılmakta olup çok çeşitli olan bu uyum indekslerinden hangilerinin kullanılması gerektiğine ilişkin bir standart yaklaşım bulunmamaktadır (171, 167). Doğrulayıcı faktör analizi için yapılan çalışmaları incelendiğinde genellikle Ki-kare istatistiği, GFI, AGFI, CFI, NFI, RMSEA ve SRMR kullanıldığı görülmektedir (150, 162, 159). Modelin uygunluğunun test edildiği aşamada tek bir doğrunun olmadığı yaklaşımı ile birden çok uyum iyiliği değerine bakmak gerekir ve bu değerleri bir bütün olarak değerlendirilmelidir (165). Bu çalışmada uyum indekslerinden Ki-kare istatistiği yerine χ^2 değerinin serbestlik derecesine bölünmesiyle elde edilen değer (χ^2/sd) dikkate alınmıştır. Ki-kare istatistiği örneklem büyüklüğünden çok fazla etkilendiği için χ^2 istatistiğine ait p değeri anlamlı çıkar ve bu durum modelin reddedilmesi ile sonuçlanır. Ki-kare istatistiğine ait p değerinin anlamsız çıkması ancak çok büyük örneklerde mümkündür (172). Bu çalışmada da 354 kişilik örneklemde χ^2 istatistiğine ait p değeri anlamlı ($p<0.001$) olduğu için χ^2/sd

değerlendirilmiş olup bu değer kabul edilebilir sınırlarda olduğu saptandı (Tablo 4.2) ve bu sonucun literatürle uyumlu görüldü (173, 167, 171, 169, 157, 174).

Diğer uyum indekslerinden GFI, NFI, NNFI (TLI) ve SRMR indekslerinin kabul edilebilir uyum değerleri sınırlarında olduğu bulunurken AGFI, CFI ve RMSEA uyum indekslerinin ise mükemmel uyum değerleri sınırında olduğu bulundu (Tablo 4.2). GFI, CFI, NFI, NNFI (TLI) değerlerinin 0.90 'ı aşması ve AGFI değerinin 85' aşması iyi bir model göstergesi iken bu değerlerin 0.95 'in üstünde (AGFI için 0.90'ın üstü) olması mükemmel uyumu göstermektedir (175, 176, 171, 172). SRMR değerinin (0.09) de literatürde belirtilen kabul edilebilir değer sınırlarının içinde olduğu görüldü (177) RMSEA değeri modelin uyumu hakkında karar verirken tüm çalışmalarda da bakılmış olan önemli bir değerdir. Bu değer kabul edilebilir sınırı 0.08 iken 0.05 sınırı mükemmel uyumu gösterir (176, 175, 167, 171, 150). Bu çalışma sonucu da (RMSEA 0.05) literatürle paralellik göstermektedir (Tablo 4.2).

PATH diyagramı ile maddelerin ve faktörlerin t değerlerinin 2.96'nın üstünde olduğu ve $p < 0.001$ düzeyinde anlamlı olduğu görüldü. Modelde yer alan tüm maddelere ait t değerlerinin anlamlı olması modelin kabul edilebilir olması için gerekli bir koşuldur (150). Maddeler ait t değerlerinin anlamsız olması durumunda maddelerin ölçekten çıkarılması gerekebilir (167, 170). Bu çalışmada tüm t değerleri anlamlı olduğu için modelden herhangi bir madde çıkarımı yapıldı.

Çocukların Gözü İle Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği'nin yapılan açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri sonucunda üç alt boyuttan oluştuğu bulunmuştur. Bu alt boyutlar sırası ile "Psikososyal Bakım", "Fiziksel Bakım" ve "Bilgilendirme" olarak isimlendirilmiştir. Psikososyal bakım alt boyutunda; "hemşireler benimle oyun oynar", "hemşireler sohbet etmek için odama gelir" vb. ifadeler yer alırken fiziksel bakım alt boyutunda; "hemşireler ağrım olduğunda benimle ilgilenir", "hemşireler ağrım olduğunda bana ağrımın nedenini açıklar" vb., bilgilendirme alt boyutunda; hemşireler yattığım servisi bana tanıtır, hemşireler hastalığım hakkında bana bilgi verir gibi ifadeler yer almaktadır (Ek III).

5.1.3. Güvenilirlik çalışması

Güvenilirlik, ölçme aracının ölçtüğü özelliği ya da özellikleri, ne derecede bir kararlılıkla ölçmekte olduğunun göstergesidir. Diğer bir tanıma göre güvenilirlik “ölçme sonuçlarının rasgele hatalardan arınıklık derecesi” olarak tanımlanmaktadır (135).

5.1.3.a. Madde analizi

Ölçekte yer alan her bir maddenin puanı ile toplam puan arasındaki ilişkiyi açıklayan madde toplam puan korelasyon analizi ile her bir maddenin ölçek toplam puanına katkıları ve bütünüyle ne oranda ilişkili olduğu değerlendirilmektedir. Toplam puan korelasyon değerinin pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzer davranışları örneklediğini ve iç tutarlığının yüksek olduğunu göstermektedir (161, 178). Literatürde madde-toplam puan korelasyonu katsayısının alt sınırı ile ilgili olarak farklı değerler olmakla birlikte genellikle 0.20 alt sınır olarak kabul edilmemektedir (179). 0.30 ile 0.40 arasında olan maddelerin “iyi”, 0.40 üstünde olan maddelerin ise “çok iyi” ayırt edicilik özeliğine sahip olduğu belirtilmiştir (179, 161). Bu çalışmada 41 maddelik taslak ölçekte madde- toplam puan korelasyonu 0.35’in altında kalan maddeler (21 madde) ölçekten çıkartılmış olup diğer maddelerin madde- toplam puan korelasyonlarının 0.38 ile 0.60 arasında değiştiği görülmüştür (Tablo 4.3). Yirmi maddelik taslak ölçekteki maddelerin “iyi” ve “çok iyi” ayırt edici özelliğe sahip olduğu söylenebilir.

5.1.3.b. İç tutarlılık analizi

Likert tipi bir ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek için Alfa Katsayısı ya da Cronback Alfa olarak bilinen güvenilirlik ölçütleri kullanılır. Cronbach Alfa katsayısı ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlığının ve homojenliğinin bir ölçütüdür. Birbiriyle yüksek ilişki gösteren maddelerden oluşan ölçeklerin Cronbach Alfa katsayıları yüksektir (178). Liu (2003), ölçeğin güvenilirliği için sınır değerini 0,70 olarak alınabileceğini ifade etmiştir (180). Alfa katsayısı $0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilir, $0.80 \leq \alpha < 1$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir olduğu belirtilmiştir (135). Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeğinin toplam Cronbach Alfa

Katsayısı 0.86 ve alt boyutlarının 0.82-0.77 arasında değiştiği bulunmuştur (Tablo 4.5). Ölçeğin hesaplanan iç tutarlılık katsayısının 0.70'in üzerinde olması ölçeğin yüksek derece güvenilir olduğunu göstermektedir.

5.1.3.c. Yarı test güvenilirlik analizi

Bir gruba uygulanan ölçeğin maddeleri iki yarıya bölünerek (yansız olarak veya çift no'lu- tek no'lu maddeler vb.) bireylerin iki eşdeğer yarıdan aldıkları puanlar hesaplanır (135). Bu özellik ölçeğin homojenliği yani iç tutarlılığı hakkında bilgi verir (181). Bu çalışmada ölçeğin iki yarısı arasındaki korelasyon 0.50 olarak saptanmıştır. Birinci yarının (8 madde) Cronbach Alpha katsayısı 0.82; ikinci yarının (7 madde) Cronbach Alpha katsayısı 0.81; Spearman-Brown katsayısı 0.66 ve Guttman Split-Half katsayısı 0.66 olarak bulunmuştur. Bu bulgular verilerin homojen dağılım gösterdiğini kanıtlamaktadır.

5.1.3.d. Test tekrar test analizleri

Testin zamana karşı değişmezlik özelliğinin değerlendirilmesi için test tekrar test yöntemi kullanılır (178). Bu yöntem için yapılacak ikinci uygulama ilk uygulamadan 10 ila 14 gün sonra yapılmalıdır (164). Bazı kaynaklarda ise ikinci uygulama ile ilk uygulama arasında en az iki hafta en fazla altı olması gerektiği belirtilmektedir (135). İki uygulama arasındaki zaman, bireylerin ölçülen özelliklerinde değişiklik olmayacak kadar da kısa olmasının yanı sıra katılımcıların test içeriğini hatırlama olasılığını da göz önünde bulundurması gerektiği vurgulanmaktadır (161). Bu çalışmada iki uygulama arasında üç hafta olacak şekilde 30 çocuğa ölçek yeniden uygulanmıştır. İkinci uygulama yapılacak grubun en az 30 kişiden oluşması gerekir (135). Bu iki ölçüm sonucu elde edilen Pearson Korelasyon katsayısının 0.70'in altına düşmemesinin uygun olmayacağı vurgulanırken (182), korelasyon katsayısının 0.25 ve daha az olması çok zayıf; 0.26-0.49 arasında olması zayıf; 0.50-0.69 arasında olması orta; 0.70-0.89 arasında olması yüksek; 0.90-1.00 arasında olması ise çok yüksek güçte ilişkiyi tanımlamaktadır (183). Bu çalışmada iki uygulama arasındaki 0.88 ile yüksek bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 4.7). Aynı zamanda ölçeğin ilk uygulama puan ortalaması ile ikinci uygulama puan ortalaması

karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel anlamlı olmadığı $p>0.05$ bulundu (Tablo 4.7). Bu sonuçlar ölçeğin zamana karşı değişmezliğinin olduğunu gösterdi.

5.2. Çocukların Tanıtıcı Bilgilerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu başlık altında çocukların ve ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri, çocukların hastalık ve hastane deneyimi ile ilgili özellikleri ve bakım memnuniyeti puan ortalamalarına ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Çalışmaya katılan çocukların %44.1'i kız iken %55.9'u erkektir. Çalışmaya katılan çocuklar minimum 7 yaş maksimum 13 yaş aralığında olup yaş ortalaması 9.93 ± 2.06 'dır (Tablo 4.8). Üstün'ün (2012) 6-12 yaş grubundaki çocuklar ile yaptığı çalışmada çalışmaya katılan çocukların %43.4'ü kız iken, %56.6'sı erkek olarak bulunmuştur (184). Pelander ve Leino-Kilpi'nin (2004) Finlandiya'da bakım kalitesinin değerlendirilmesi ile ilgili yaptığı çalışmada çalışmaya katılan çocukların %70'i erkektir. Beytut ve ark. (2009) yaptığı çalışmada çocukların yaş ortalaması 10.5 ± 1.25 olarak bulunmuştur. Çalışmanın bu bulguları literatür ile paralellik göstermektedir.

Çalışmaya katılan çocukların ebeveynlerinin eğitim durumu incelendiğinde annelerin %42.9'u ve babaların %30.8'i ilkokul mezunudur. Ebeveynlerin mesleklerine ait sonuçlar incelendiğinde annelerin yarıdan fazlasının (%79.7) ev hanımı olduğu görülmüştür. Çimke'nin (2013) yaptığı çalışmada çocukların anne eğitim durumunun %50.5'nin ilkokul mezunu olduğu ve neredeyse tamamının (%95.4) çalışmadığı bulunmuştur (185). Ülkemizde eğitim düzeyinde zorunlu eğitimin artmasına paralel olarak artış olacağı bilinmektedir. Çalışmanın örneklemini oluşturan çocukların ebeveynlerinin bu zorunlu eğitimin arttığı dönemde eğitim almamış olmaları olasıdır. Aynı zamanda çalışmanın yapıldığı hastanelere ülkenin her yerinden hasta kabul ediliyor olması ebeveynlerin eğitim düzeyinde de farklılıklara neden olduğunu göstermektedir. Ülkemizde bilinen bir gerçek te az gelişmiş bölgelerde hem eğitim düzeyi hem de meslek sahibi olup çalışan kadınların sayısı daha düşüktür.

Çalışmada çocukların hastalık ve hastane deneyimlerine ilişkin sonuçlar incelendiğinde, çocukların %64.4'ü dahili kliniklerde yatmaktadır. Hastaneye yatış

nedenleri incelendiğinde %61'inin kronik hastalık nedeniyle şuan hastanede yattığı belirlenmiştir. Çocukların yarısından fazlasının (%58.2) poliklinikten hastaneye yatışı yapılmıştır (Tablo 4.9). Dünya Sağlık Örgütü çocukluk çağı kronik hastalıklarının prevalansının %15-50 olduğunu bildirmektedir (80). Kronik hastalığı olan çocuklar ve ebeveynleri ile yapılan çalışmada, çocukluk çağında çocuk hastalıkları polikliniğe başvuran çocuklarda kronik hastalıkların yaygınlığı %15-50 olarak bildirilmiştir (186). Her yıl kronik hastalık ya da engelli çocukların %16'sı akut alevlenme veya hastalıkları ile ilgili bir durum nedeni ile hastaneye yatmaktadır (187). Yurtdışında pediatri kliniklerinde aile desteğinin sağlık hizmetleri memnuniyetine etkisinin incelendiği çalışmada çocukların hastalık ve hastane deneyimleri incelendiğinde, yarısından fazlasının daha önce hastaneye yattığı ya da düzenli ilaç kullandığı ve kronik bir rahatsızlığa sahip olduğu bulunmuştur (25). Çalışmaya katılan çocukların %65.3'nün daha önce hastaneye yatma deneyimi var iken %34.7'sinin daha önceden hastaneye yatmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.9). Üstün'ün (2012) yaptığı çalışmada, çocukların daha önce hastaneye yatma deneyimleri %62.6 olarak bulunmuştur (184). Ayrıca çalışmada çocukların hastaneye yatma deneyiminin yüksek oranda bulunması, kronik hastalığa sahip olma oranının yüksek olması sonucu ile açıklanabilir.

5.3. Çocukların Gözü İle Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeğinin Toplam Puan Ortalaması Ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Çocukların Gözü İle Bakım Kalitesi Geliştirme Ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde psikososyal bakım puan ortalamasının (9.33±4.69) en düşük puan ortalaması, fiziksel bakım ortalamasının (18.35±5.19) ise en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.10). Finlandiya'da pediatrik hemşirelik bakım kalitesini değerlendirmek amacı ile 388 çocuk ile yapılan ölçek geliştirme çalışmasında ölçeğin üç alt (hemşirenin karakteristik özellikleri, hemşirelik faaliyetleri ve hemşirelik ortamı) boyuttan biri olan hemşirelik ortamı olarak adlandırılan alt boyut fiziksel, sosyal ve emosyonel bakımı içermekte olup en yüksek puan ortalamasının olduğu alt boyuttur (33). Yapılan bu çalışma fiziksel bakım puan ortalaması açısından çalışmamızın sonucunu desteklerken psikososyal bakım puan ortalaması açısından desteklememektedir.

Hemşirenin, fiziksel rahatsızlığı olan çocuğa psikososyal bakım verebilmesi için çocuğun tepkilerini tanılaması ve psikososyal tepkileri etkileyen etmenlerin farkında olarak hastayı değerlendirmesi gerekmektedir (188). Sağlık çalışanlarının hasta çocuk ve ebeveynlerinin ruhsal sağlığı üzerindeki olumlu etkisi bulunmaktadır (189, 190). Ancak bu olumlu etkiyi sağlayacak uygulamalarda yetersiz kalınmaktadır (191). Kronik hastalık nedeniyle hastanede yatan çocukların ebeveynleri ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin yoğun çalışma şartları nedeniyle çocukların fiziksel bakımına öncelik verdikleri belirtilmiştir (96). Literatürde belirtildiği üzere hemşirelik bakımın bir parçası olan psikososyal bakım göz ardı edilmesi ölçeğin psikososyal bakım alt boyutu puan ortalamasını etkilediği düşünülmektedir.

Çocukların Gözü ile Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçek toplam puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı incelendiğinde çocukların ölçek puan ortalamalarının anne eğitim durumuna göre değişmezken, baba eğitim durumuna göre değiştiği saptanmıştır (Tablo 4.13). Baba eğitim durumu lise ve üniversite ve üstü olan çocukların bakım kalitesi puan ortalamalarının eğitim düzeyi okuma yazma bilmeyen, ilkokul ve ortaokul olanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Hasta memnuniyeti, bireyin geçmiş deneyimleri, mevcut sağlık durumu, eğitimi, yaşı, bilgileri ve beklentileri, sosyal durumu gibi faktörlerden etkilenmektedir (3, 192). Yapılan çalışmalarda Türk toplumunda, kadın erkek ilişkilerinde erkek bakış açısına göre belirlenmiş aile içi ilişkiler söz konusudur (193). Çalışmanın sonucunda baba eğitim durumunun ölçek puan ortalamasını etkilemesi, Türk toplumunun ataerkil özellik göstermesi ve memnuniyetin eğitim düzeyinden etkilenmesi, eğitim düzeyi yüksek olan babaların ölçek puan ortalamalarının düşük olduğu ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Çocukların Gözü İle Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçek toplam puanının hastalık ve hastane deneyimi ile ilgili özelliklere karşılaştırmasında hastaneye yatış nedeni, yatış şekli, yattığı klinik ve hastane deneyimine göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Tablo 4.12). Plander ve Leino-Kilpi'nin (2007a) çocuklar tarafından bakım kalitesinin değerlendirildiği çalışmada ise hastane deneyiminin bakım kalitesinin değerlendirmesini etkilediği hastane deneyimi olan çocukların bakım kalitesini daha iyi değerlendikleri bulunmuştur.

Kronik hastalığa sahip olma durumunun çocukların bakım kalitesi toplam puan ortalamalarını etkilediği, kronik hastalığı olan çocukların bakım kalitesi ölçek toplam puan ortalamasının olmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.12). Kronik hastalıklar akut hastalıklara göre daha sık hastane yatışlara neden olmaktadır. Sık sık hastaneye yatan bir çocuk hastane ortamına ve yapılan işlemlere, bakıma aşınadır. Bu aşınalık çocuğun hastaneden ve alacağı bakımdan neler bekleyeceği konusunda fikir sahibi olmasını sağlar. Bu durum çocuğun bakım memnuniyetini de etkileyebilir. Hastane yatma çocuklar için her zaman anksiyete neden olan bir durumdur. Kronik hastalığa sahip çocuklarda yaşanan anksiyetenin düzeyi farklılık gösterebilir. Yapılan bir çalışmada akut hastalığa sahip çocukların hastaneye yatma konusunda kronik hastalığa sahip çocuklara göre anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (84). Hem hastane ortamını ve sağlık profesyonellere aşına olunması hem de kronik hastalığa sahip çocukların hastaneye yatma konusunda daha az anksiyete yaşıyor olabilmesi bu çalışmadaki kronik hastalığa sahip çocukların bakım kalitesi ölçek puanının yüksek olmasının olası nedenleri olarak görülmüştür.

Bakım kalitesinin değerlendirilmesi ölçeği puan ortalamasının yaş ile pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 4.13). Pelander ve Leino-Kilpi (2007a) çalışmasında da yaş ile bakım memnuniyetinin arasında anlamlı bir ilişkili olduğu görülmüştür (33). Çocuklar tarafından 0-10 arasında aldıkları bakıma ilişkin memnuniyetleri değerlendirildi ve bu memnuniyet düzeyi ile bakım kalitesinin değerlendirilmesi ölçeği puan ortalamasının pozitif yönde ilişki gösterdiği görülmüştür (Tablo 4.13) Literatürde bakım memnuniyetinin bir bakım kalitesi göstergesi olduğu vurgulanmaktadır (1, 194, 195). Bu bağlamda çalışmanın sonucu literatürü desteklemektedir. Hastanede kalış süresi ile Bakım kalitesinin değerlendirilmesi ölçeği puan ortalaması arasında ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.13). Bu sonuç hastanede kısa ya da uzun süreli yatmak çocuklar için bakımın gerekliliklerini ya da bakımdan beklentilerin değişmeyeceğini göstermiştir. Çocukların içinde olduğu hemşirelik bakımı bütüncül (fiziksel, psikososyal vb), aile merkezli ve bilgi paylaşımı olan bir bakımı içermelidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çocukların Gözü İle Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği geliştirmek amacıyla metodolojik olarak Ankara'da bulunan üç farklı hastanenin çocuk kliniklerinde yatan 354 çocuk ile yapılan çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Çocukların Gözü İle Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği için oluşturulan madde havuzdan seçilen 45 madde için alınan uzman görüşü doğrultusunda 41 maddelik taslak ölçek ile toplanan verilerin analizi sonucunda 15 madde ve 3 alt boyuttan (fiziksel bakım, psikososyal bakım, bilgilendirme) oluşan bir ölçek elde edilmiştir.

- Güvenirlilik analizi için yapılan madde analizi sonucunda madde – toplam korelasyonu .35'in altında kalan maddeler taslak ölçekten çıkarıldı.

- Yapı geçerliliği için yapılan açımlayıcı faktör analizinde faktör yük değeri 0.45'ten büyük özdeğeri 1'den büyük 3 faktörün varyansa yaptığı toplam katkının %57.38'dir.

- Faktör analizi için örneklem büyüklüğünün hesaplanan KMO değerine göre yeterli düzeydedir.

- Toplam 15 madde ve 3 alt faktörden oluşan ölçeğin DFA analizinde aynı faktörde yer alan maddeler arasında olmak koşuluyla üç modifikasyon yapılmış olup uyum indeksleri kabul edilebilir ve mükemmel düzeydedir.

- Ölçeği ve alt boyutlarının iç tutarlılığı güvenirlilik analizi için Cronbach Alfa güvenirlilik katsayısı 0.86 ile 0.77 arasındadır.

- Test tekrar test analizi sonucunda iki uygulama arasındaki korelasyonun 0.88'di ve iki ölçümün puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

• Çalışmaya katılan çocukların %55,9'u erkektir ve yaş ortalaması 9.93 ± 2.06 'dir.

• Çalışmaya katılan çocukların ebeveynlerinin eğitim durumu annelerin %42,9'u ve babaların %30,8'i ilkokul mezunudur.

• Çocukların annelerin yarısından fazlasının (%79,7) ev hanımı ve babaların %48,6'sı işçidir.

• Çocukların %64,4'ü dahili kliniklerde yatmakta ve şuan hastanede %61,0'ı kronik hastalık nedeniyle yatmakta idi.

• Çalışmaya katılan çocukların %65,3'nün hastaneye deneyimi vardı.

• Çocukların hastanede yatış süresi ortalaması 4.70 ± 4.27 'dir.

• Çalışmaya katılan çocuklar hastanede aldıkları bakıma ilişkin bakım memnuniyeti ortalaması (min. 0 ve max.10) 8.62 ± 1.88 'dir.

• Çocukların Gözü İle Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği'nden çocukların aldıkları toplam puan ortalaması 37.82 ± 12.18 'dir.

• Ölçeğin alt boyutlarından en düşük puan ortalamasının psikososyal bakım boyundadır.

• Cinsiyete, anne eğitim durumu ve anne mesleğine göre ölçek puan ortalaması değişmemiştir ($p > 0.05$).

• Baba eğitim durumu ve baba mesleğine göre ölçek puan ortalaması değişmiştir ($p < 0.05$).

• Yattığı kliniğe, hastanede yatış nedenine, hastane deneyimine ve hastaneye yatış şekline göre ölçek puan değişmemiştir ($p > 0.05$).

• Kronik hastalığa sahip olma durumuna göre ölçek puan ortalaması değişmiştir ($p < 0.05$).

- Yaş ve bakım memnuniyeti ortalaması ile ölçek puan ortalamasının pozitif yönde korelasyon göstermiştir ($p<0.05$).

- Hatanede yatış süresi ortalaması ile ölçek puan ortalaması korelasyon göstermemiştir ($p<0.05$).

6.2.Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Geliştirilen ölçeğin daha geniş örneklem kitlesi ile güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasının tekrarlanması,

- Diğer yaş grupları için de ölçek geliştirme çalışmalarının yapılması,

- Pediatri kliniklerinde 7-13 yaşındaki çocukların bakım kalitesini değerlendirilmesi için ölçeğin kullanılması,

- Ölçek sonuçlarına göre bakım kalitesinin geliştirilmesi için eksikliklerin tamamlanması,

- Çocukların psikososyal bakımına yönelik eğitimlerin, seminerlerin, konferansların düzenlenmesi,

- Çocukların hastalıkları ve hastane hakkında bilgilendirilmelerin yapılması konusunda protokollerin oluşturulması,

- Hemşirelerin tedavi ve bakım dışında çocuklarla zaman geçirmeleri konusunda eğitimlerin yapılması,

- Çocuk kliniklerinin çocukların eğlenceli zaman geçirebilecekleri (oyun odaları, okul, kitap okuma salonları vb.) şekilde düzenlenmesi,

- Çocuk kliniklerinin iç tasarımlarının çocukların gelişim özelliklerine uygun şekilde düzenlenmesi,

- Çocuk kliniklerinde hasta odalarının çocuğun zaman geçirebileceği ve kendini evindeymiş hissini vermek için yeniden düzenlemelerin yapılması,

- Çocukların Gözü İle Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeğinin kullandığı çalışmalar ile bakım kalitesinin yordayıcılarını belirlemek için çalışmaların planlanması önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. **Yılmaz M.** Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: hasta memnuniyeti. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2001**; 5(2): 69-73.
2. **Ak B.** Patient Satisfaction and Quality of Care in Pediatric Settings. In. Çamlı AA, Ak B, Arabacı R, Efe R Eds. Recent Advances in Health Sciences. ST: Kliment Ohridski University Press; **2016**: 69-76.
3. **Geçkil E, DüNDAR Ö, Şahin T.** Adıyaman il merkezindeki hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Hemşirelik Dergisi*, **2008**; 2: 42-48.
4. **Arıkan D, Saban F, Baş NG.** Çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin hastaneye ve sağlık bakımına yönelik memnuniyetleri. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*, **2014**; 4: 110-115.
5. **Pamukcu CS,** Ameliyat geçiren hastaların bakım gereksinimlerini ve hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü*, İstanbul, **2011**: 40-47s.
6. **Ibanez VA, Hartmann P, Calvo PZ.** Antecedents of Customer Loyalty in Residential Energy Markets: Service Quality, Satisfaction, Trust And Switching Costs. *The Service Industries Journal*, **2006**; 26(6): 633-650.
7. **Şendir M, Büyükyılmaz F, Yazgan İ, Balkan N, Mutlu A, Tekin F.** Ortopedi ve travmatoloji hastasının hemşirelik bakımına ilişkin deneyim ve memnuniyetlerin değerlendirilmesi, *İ.Ü.F.N Hem. Dergisi* **2012**; 1: 36-37.
8. **Wilson S, Hauck Y, Bremmer A, Finn J,** Quality nursing care in Australian pediatric hospitals: a delphi approach to identifying indicators, *Journal of Clinical Nursing*, **2012**; 1595.
9. **Price DL and Gwin JK,** Pediatric Nursing: An Introductory Text. 11th Ed., Philadelphia: Elsevier Health Sciences, **2011**.
10. **Kürtüncü MT, Kuşuoğlu S.** Pediatrik Yaşam Kalitesi Envanteri (PedsQL) Sağlık Bakım Memnuniyeti Hematoloji/Onkoloji Modülü Ebeveyn Formu Geçerlik- Güvenirliliği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2012**; 11(2): 13-23.
11. **Tokat G.** Pediatrik kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitelerinde ebeveyn memnuniyetinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, **2009**: 14-17s.
12. **Haines C, Childs H,** Parental Satisfaction With Paediatric Intensive Care. *Paediatric Nursing*. **2005**; 17(7): 37-41.
13. **Latour JM, Hazelzet, JA, Duivenvoorden H, Goudoever J.** Construction of A Parent Satisfaction Instrument: Perceptions Of Pediatric Intensive Care. *Nurses And Physicians. Journal of Critical Care*, **2008**; 24(2): 255-266.
14. **Ulus B, Kublay G.** PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2012**; 3(1): 44-50.
15. **Arıkan D, Tüfekçi FG, Taştekin A.** Çocuk Kliniklerinde Refakatçilerin Hastanede Yaşadıkları Sorunlar, Beklentileri Ve Problem Çözme Düzeyleri İle İlişkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2010**;10(2): 49-57.

16. **Lam L, Anne M, Chang J.** Parents' Experiences of Participation in The Care of Hospitalised Children: A Qualitative Study. *International Journal of Nursing Studies*, **2006**; 43(5): 535-545.
17. **Çoban Gi.** Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Yüksek Lisans Tezi, *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, **2006**: 5-10s.
18. **Erden A, Pamuk G, Ocal T, Aypar Ü.** Günübirlik Cerrahi Ünitesinde Pediatrik Hastaların Ailelerinin Memnuniyetinin Değerlendirilmesi. *Anestezi Dergisi*, **2006**; 14(3): 192- 197.
19. **Şahin TK, Bakıcı H, Bilban S, Dinçer Ş, Yurtçu M, Günel E.** Meram tıp fakültesi çocuk cerrahi servisinde yatan hasta yakınlarının memnuniyetinin araştırılması. *Genel Tıp Dergisi*, **2005**; 4: 138.
20. **Aşlıoğlu N, Akkuş T, Baysal K.** Çocuk acil servisinde ebeveynlerin memnuniyeti ve etkileyen etmenlerin araştırılması. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, **2009**; 9: 66.
21. **Power N, Franck L.** Parent Participation in The Care of Hospitalized Children: A Systematic Review. *Journal of Advanced Nursing*, **2008**; 62(6): 622-641.
22. **Maijala H, Luukkaala T.** Measuring parents' perceptions of care psychometric development of research instrument. *Journal of Family Nursing*, **2009**; 3: 344.
23. **Williams G, Nizamoğlu M.** Williams E, Pediatric inpatient setting; a evaluation of parental perspectives. *British Journal of Nursing*, **2013**; 11: 630.
24. **Toomey SL, Elliott MN, Zaslavsky AM, Klein DJ, Ndon S, Hordy S, Wu M, Schuster MA.** Variation in Family Experience of Pediatric Inpatient Care As Measured by Child HCAHPS. *Pediatrics*, **2017**; 139(4): 1-8.
25. **Sigurdardottir AO, Garwick AW, Svavarsdottir EK.** The Importance of Family Support in Paediatrics and Its Impact on Healthcare Satisfaction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **2017**; 31: 241-252.
26. **Kou DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM.** Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Matern Child Health J*, **2012**; 16: 297-305.
27. **Pelander T, Leino- Kilpi H, Katajisto J.** The quality of paediatric nursing care: developing the Child Care Quality at Hospital instrument for children. *Journal of Advanced Nursing*, **2009**; 65: 443-453.
28. <http://www.unicef.org/crc> Erişim Tarihi: 19.12.2015
29. **Lindike L, Nakai M, Johnson L,** Capturing children's voices for quality improvement, *MCN*; **2006**; 31(5): 290-295.
30. **Düz kaya DS, Uysal G, Akay H.** Nursing perception of the children hospitalized in a university hospital. *Procedia- Social and Behavioral Sciences* **2014**; 152: 364.
31. **Magaret ND, Clark TA, Warden CR, Magnusson AR, Hedges JR.** Patient satisfaction in the Emergency Department—A Survey of Pediatric Patients And Their Parents. *Academic Emergency Medicine*, **2002**; 9(12): 1379–1388.

32. **Chesney M, Lindeke L, Johnson L, Jukkala A, Lynch S.** Comparison of Child and Parent Satisfaction Ratings of Ambulatory Pediatric Subspecialty Care. *Journal of Pediatric Health Care*, **2005**; 19(4): 221–229.
33. **Pelander T, Leino- Kilpi H, Katajisto J.** Quality of Pediatric Nursing Care in Finland, *Journal Of Nursing Care Quality*, **2007a**; 22(2): 185-194.
34. **Pelander T, Lehtonen K, Leino- Kilpi H.** Children in the Hospital: Elements of Quality in Drawings, *International Pediatric Nursing*, **2007b**; 22 (4): 333-341.
35. **Pelander T, Leino- Kilpi H.** Quality in pediatric nursing care; children's expectations. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, **2004**; 27(3): 139-151.
36. **Kurşun Ş.** Genel cerrahi servisinde hasta ve hemşireler tarafından hemşirelik bakım kalitesinin algılanması, Doktora Tezi, *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, **2010**: 4-14s.
37. **Ceylan MG.** Sağlık kurumları işletmelerinde toplam kalite yönetimi: Ufuk üniversitesi Dr. Rıdvan ege hastanesi örneği, Yüksek Lisans Tezi, *Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara, **2013**: 3-7s.
38. **Yeşilbayır S.** Toplam kalite yönetimi, Yüksek Lisans Tezi, *İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, **2007**: 3-26s.
39. **Bayer N.** Kalite belgelendirme sisteminin hasta bakım kalitesi ve hemşirelerin kalite algılayışına olan etkisinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara, **2009**: 3-11s.
40. **Demirkıran S.** Yaşam kalitesi ve sağlık çalışanları, Yüksek Lisans Tezi, *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, **2012**: 6s.
41. **Dönmez YC.** “Kaliteli perioperatif hemşireliği bakım skalası (good perioperativ of nursing care scale)”nın Türk hemşire hastaları için geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi, Doktora Tezi, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir, **2006**: 14-23s.
42. **Ulus B.** İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesinde hizmet alan ebeveynlerin memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi, Doktora Tezi, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara, **2004**: 12s.
43. **Çetinkaya AÇ.** Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerinde Hasta Bakım Kalitesinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Manisa, **2004**: 6-34s.
44. **Bilge AD.** Bir psikiyatri kliniğinde hasta bakım kalitesinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir, **1999**: 6-7s.
45. **Bezici G.** Hizmet işletmelerinde süreç iyileştirme ve bir uygulama, Yüksek Lisans Tezi, *İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, **2006**: 3-5s.
46. **Üreğil D.** TS EN ISO/IEC 17025 Laboratuvar Akreditasyonu ve Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, **2011**: 2-12s.
47. **Oakland JS.** Total Quality Management and Operational Excellence: Test with Cases.4rh Ed., New York: Routledge, **2014**.

48. **Gopee N, Galloway J.** Leadership and Management in Healthcare. 3rd Ed. London: SAGE Publications Ltd, **2017**.
49. **Öksüz AS.** Hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti üzerine etkisi ve bir uygulama araştırması, Yüksek Lisans Tezi, *Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara, **2010**: 24-72s.
50. **Kaya S.** Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı. Kaya S. Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi. 1.Baskı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Web-ofset, **2013**: 2-30.
51. **Karaca ŞB,** Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi ve hasta beklentileri konusunda bir uygulama. Yüksek Lisans Tezi, *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Aydın, **2014**: 2-57s.
52. **Tükel B, Acuner AM, Önder ÖR, Üzgül A.** Ankara Üniversitesi İbn-i Sina hastanesi'nde yatan hasta memnuniyeti. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, **2005**; 57(4): 206-214.
53. **Atalay S.** Yatan Hasta Bölümündeki Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Doyum ve Memnuniyeti (Çivril Devlet Hastanesi Örneği), Yüksek Lisans Tezi Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, **2013**: 4-52s.
54. **Kömürcü N, Durmaz A, Bayram N, Koyucu RG, Karaman ÖE, Toker E.** Sağlık hizmetlerinde kalite standartları ve modelleri. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, **2014**; 7: 95-114.
55. **Institute of Medicine.** Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century, Washington, National Academies Press, **2001**.
56. **Yardımcı F.** Hasta güvenliği, ilaç hataları ve bakım kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics*, **2016**; 2(3): 60-6.
57. **Benli T.** Hastane Süreçleri. Bir Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi için Toplam Kalite ve Süreç Modelleri Projesi. Ankara: Rek May Yayıncılık, **2007**.
58. <http://www.who.int/hospitals/en/> Erişim Tarihi: 10.05.2017
59. **Arlantekin F, Göktaş B, Uluşen M, Erdem R.** Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2007**; 2(6): 56-67.
60. **Özer M, Bakır B.** Sağlık Personelinin Motivasyonu İlgili Etmenlerin Belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, **2003**; 45(2): 117-122.
61. **Wilson S, Hauck Y, Bremmer A, Finn J,** Quality nursing care in Australian pediatric hospitals: a delphi approach to identifying indicators, *Journal of Clinical Nursing*, **2012**; 1595.
62. **Messina G, Vencia F, Mecheroni S, Dionisi S, Baragatti L & Nante N.** Factors Affecting Patient Satisfaction with Emergency Department Care: An Italian Rural Hospital. *Global Journal of Health Science*, **2015**; 7(4): 30-35.
63. **Edvardsson D, Watt E & Pearce F.** Patient experiences of caring and person centredness are associated with perceived nursing care quality. *JAN*, **2017**; 73(1): 217-227.
64. **Hutchinson M,** Patient satisfaction surveys and care quality: a continuum conundrum. *Journal of Nursing Management*, **2015**; 23: 831-832.

65. **Kol E, Arıkan F, İlaslan E, Akıncı MA, Koçak MC.** A quality indicator for the evaluation of nursing care: determination of patient satisfaction and related factors at university hospital in the Mediterreanean Region in Turkey. *Collegian*, **2018**; 25(1): 51-56.
66. **Erol F.** Hemşirelerin Bakım Davranışları ve Mesleki Profesyonel Tutumları, Yüksek Lisans Tezi, *Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Aydın, **2016**: 1-8s.
67. **Diñç L.** Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, **2010**; 74-82.
68. **Swan BA.** Postoperative nursing care contributions to symptom distress and functional status after ambulatory surgery. *MEDSURG Nursing*, **1998**; 7(2): 148-156.
69. **Jasmine T.** Art, Science, or Both? Keeping the Care in Nursing. *Nurs Clin N Am* **2009**; 44: 415-421.
70. **Wolf ZR, Colahan M, Costello A, Warwick F, Ambrose MS, Giardino ER.** Relationship Between Nurse Caring and Patient Satisfaction. *MEDSURG Nursing*, **1998**; 7(2): 99.
71. **Connett DF.** Meta-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, **2008**; 17: 196-204.
72. **Altıok HÖ, Şengün F, Üstün B.** Bakım: Kavram Analizi. *DEUHYE ED*, **2011**; 4(3): 137-140.
73. **Karaöz S.** Turkish nursing students' perception of caring. *Nurse Education Today*, **2005**; 25: 31-40.
74. **Hegedus KS.** Providers' and consumers' perspective of nurses' caring behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, **1999**; 30(5): 1090-1096.
75. **Diñç L.** Bakım etiğinin hemşirelik uygulamaları açısından önemi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist-Special Topics*, **2017**; 3(1): 1-9.
76. **Kieft RA, Brouwer BB, Francke AL& Delnoij DM.** How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, **2014**; 14:249.
77. **International Council of Nurses.** Safe Staffing Saves Lives. Information and Action Tool Kit. International Nurses Day, **2006**.
78. **Tronto, J.** Women and Caring: What can feminists learn about morality from caring?. In: Held V. Eds. Justice and Care: Essential Readings in Feminist Ethics, Boulder: Westview Press; **2006**: 101-15.
79. **Bjork M, Nordstrom B, Hallstrom I.** Needs of Young Children With Cancer During Their Initial Hospitalization: An Observational Study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, **2006**; 23(4): 210-9.
80. **Conk Z, Başbakkal Z, Yardımcı F.** Çocuk Sağlığına Genel Bakış. In: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolişik B, Eds. Pediatri Hemşireliği. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; **2013**; 1-45.
81. **Çetinkaya B, Turan T, Ceylan SS, Şakın NB.** Pediatri hemşirelerinin rol ve fonksiyonlarını uygulama durumlarının belirlenmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, **2017**; 10(2): 152-156.

82. **Potts NL, Mandleco BL.** Pediatric Nursing in Changing Society. In: Potts NL, Mandleco BL. Eds. Pediatric Nursing Caring for Children and Their Families. 3th ., USA: Delmar Thomson Learning, **2012**.
83. **Törüner EK, Büyükgönenç L.** Çocuk Sağlığı Temel Yaklaşımları. 1. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, **2017**.
84. **Beytut DŞ, Bolışık B, Solak U, Seyfioğlu U.** Çocuklarda Hastaneye Yatma Etkilerinin Projektif Yöntem Olan Resim Çizme Yoluyla İncelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2009**; 2(3): 35-44.
85. **Noreña Peña AL, Juan LC.** The experience of hospitalized children regarding their interactions with nursing professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, **2011**; 19(6): 1429-36.
86. **Hatfield NT.** Broadribb's Intrudutory Pediatric Nursing. 7nt Ed. China: Wolters Kluwer Health, **2008**.
87. **Datta P.** Pediatric Nursing. 2nd Ed., New Delhi: Jaypee Brothers Medical PublishersLtd, **2009**.
88. **Cimete G, Kuşuoğlu S, Çınar ND.** Çocuk, Hastalık ve Hastane Ortamı. In: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B, Eds. Pediatri hemşireliği. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; **2013**; 101-141.
89. **Ford K.** 'I didn't really like it, but it sounded exciting': Admission to hospital for surgery from the perspectives of children. *Journal of Children Health Care*, **2011**; 15(4): 250-260.
90. **Livesly J, Long T.** Children's experiences as hospital in-patients: Voice, competence and work. Messages for nursing from a critical ethnographic study. *International Journal of Nursing Studies*, **2013**; 50: 1292-1303.
91. **Üstün G, Erşan EE, Kelleci M, Turgut H.** Hastanede yatan çocuklarda psikososyal semptomların bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, **2014**; 36: 25-35.
92. **Sanders J.** Impact Of Hospitalization On The Child and Family. In: Hockenberry M.J, Wilson D, Wong's Essentials of Pediatric Nursing. 8th Ed. Mosby: Philadelphia; **2009**: 658-686.
93. **Ocakçı A, Yiğen E.** Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarında Atravmatik Hemşirelik Bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2004**; 20(1): 117-126.
94. **Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Wilson D, Keenon L, Sams CA.** Maternal Child Nursing Care. 2nd Ed. Canada: Evolve, **2007**.
95. **Aykanat B, Gözen D.** Çocuk Sağlığı Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım Yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2014**; 3(1): 684-692.
96. **Ballig K, McCubbin M.** Hospitalized Children with Cronic Illness: Perantral Care giving Needs and Voluing Parental Expertise. *Journal of Pediatric Nursing*, **2001**; 16(2): 110-118.
97. **Karabudak SS, Ak B, Başbakkal Z.** Girişimleri sırasında aile üyeleri nerede olmalı?. *Türk Ped Arş*, **2010**; 45: 53-60.
98. **Aktaş E, Teksöz E, Ocakçı AF.** Ailede Kadının Değişen Rolünün Çocuk Sağlığına Etkisi ve Aile Merkezli Bakımın Önemi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **2012**; 28(1): 73-80.

- 99. Kuo DZ, Houtrow JA, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM.** Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Matern Child Health J*, **2012**; 16: 297-305.
- 100. Lindly OJ, Geldhof JG, Acock AC, Sakuma KK, Zuckerman KE, Thorburns S.** Family-Centered Care Measurement and Associations with Ummet Health Care Need Among US Children. *Academic Pediatrics*, **2017**; 12: 656-664.
- 101. Dudley N, Ackerman A, Brown KM, Snow SK.** Patient and Family-Centered Care of Children in Emergency Departman. *PEDIATIRS*, **2015**; 135(1): 256-270.
- 102. Atay G, Eras Z, Ertem İ,** Çocuk Hastaların Hastane Yatışları sırasında Gelişimlerinin Desteklenmesi. *Çocuk Dergisi*, **2011**; 11(1): 1-4.
- 103. Shields L, Pratt J, Hunter J.** Family-Centered Care: A Review Of Qualitative Studies. *Journal of Clinical Nursing*, **2006**; 15(1): 1317-1323.
- 104. Shields L, Zhou H, Pratt J, Taylor M, Hunter J, Pascoe E.** Family- centered car efor hospitalised children age 0-12 years. *Cochrone Batabese of Systematic Reviews*, **2012**: 5-20.
- 105. Foster M, Whitehead L, Maybee P.** Parents' and health professionals' perceptions of family centred care of children in hospital, in developed and developing countries: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, **2010**; 47: 1184-1193.
- 106. American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care.** Family-Centered Care and The Pediatrician's Role. *Pediatrics*, **2003**; 112(3): 690-697.
- 107. Öztürk C, Ayar D.** Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. *DEUHYO ED*, **2014**; 7(4): 315-320.
- 108. Shields L, Patt J, Davis L, Hunterj.** Family-centered care of children in Hospital (Review). *The Cochrane Collaboration*, **2007**; 1: 1-26.
- 109. Çavuşoğlu H,** Çocuk Sağlığı Hemşireliği. 11. Baskı, Ankara: Ofset Basımevi, **2013**.
- 110. Teksöz E, Bilgin I, Madzwamuse SE, Ocağcı AF.** The impact of creative play intervention on satisfaction with nursing care: A mixed-methods study. *J Spec Pediatr Nurs*, **2017**; 22: 1-9.
- 111. Ertem G, Sevil Ü.** Geliştirilen standartlar doğrultusunda verilen hemşirelik bakımının bakım kalitesine ve hasta memnuniyetine olan etkisinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, **2007**:1-9.
- 112. Walker J, Brooksby A, Mcmerny J & Toylor A.** Patient perceptions of hospital care: bulding confidence, faith and trust. *Journal of Nursing Management*, **1998**; 6: 193-200.
- 113. Dikmen Y, Ak B, Yorgun S.** Teorikten pratiğe: Bilgisayar Destekli Hemşirelik Süreci Uygulaması. *Journal of Human Rhythm* December, **2015**; 1(4): 162-167.
- 114. Ak B.** Hemşirelik Süreci. In: Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz HB, Bolışık B Eds. *Pediatri Hemşireliği*, Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi; **2013**: 937-957.
- 115. Ovayolu N, Bahar A.** Hemşirelik ve kalite. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**; 9(1): 104-110.
- 116. Karadağ G, Uçan Ö.** Hemşirelik eğitimi ve kalite. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2006**; 1(3): 42-51.

- 117. Kısa A.** Sağlık Kurumları Yönetimi. In: N. Toggöz, Eds. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir: **2007**.
- 118. Tokat G.** Pediatrik kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitelerinde ebeveyn memnuniyetinin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, **2009**.
- 119. Köşgeroğlu N, Acat MB, Karatepe Ö.** Kemoterapi Hastalarında Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2005**; 6(2): 75-83.
- 120. Merkouris A, Ifantopoulos J, Lanara V & Lemonidou C.** Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal of Nursing Management*, **1999**; 7: 19-28.
- 121. Fakhoury KHW.** Satisfaction with palliative care: What should we be aware of?. *Journal International Nursing Studying*, **1998**; 35(3): 171-176.
- 122. Aksakal T, Bilgili N.** Hemşirelik Hizmetlerinde Memnuniyetin Değerlendirilmesi; Jinekoloji Servisi Örneği. *Erciyes Tıp Dergisi*, **2008**; 30(4): 242-249.
- 123. Al-Abri R & Al-Balushi A.** Patient Satisfaction Survey as a Towards Quality Improvement. *Oman Medical Journal*, **2014**: 29(1): 3-4.
- 124. Çelik P.** Acil birime başvuran dâhili hastalara verilen hemşirelik hizmetleri ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişki Yüksek Lisans Tezi, *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Sivas, **2013**: 15-19s.
- 125. Johansson P, Oleni M, Fridlund B.** Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Caring Sci*, **2002**;16:337-344.
- 126. Ahmed T, Assefa N, DEMisie A, Kenay A.** Leves of Adult Patients Satisfaction with Nursing Care in Selected Public Hospital in Ethiopia. *International Journal of Health Sciences*, **2016**; 8(4): 372-378.
- 127. Kaygın N,** Sağlık hizmetlerinde kalite, hasta memnuniyeti ve hasta hemşire ilişkisi, Yüksek Lisans Tezi, *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İstanbul, **2012**: 4-60s.
- 128. Özer A, Çakıl E.** Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, **2007**; 5 (3): 140-143.
- 129. Akgöz N.** Nöroşirüloji kliniğinde yatan hastaların hemşirelerden beklentileri ve mevcut uygulamalar, Yüksek Lisans Tezi, *Akyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Afyon, **2009**: 1-13s.
- 130. Sitzia B, Wood N.** Patient Satisfaction with Cancer Chemotherapy Nursing: A Reveiw of the Literature. *International Juornal Of Nursing Studies*, **1998**; 35(1): 1-12.
- 131. Tınmaz ŞG.** Acil servislere başvuran hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet durumlarını değerlendirmesi ve bir uygulama, Yüksek Lisans Tezi, *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, **2008**: 18-40s.
- 132. Heyland DK, Tranmer JE.** Measuring Family Satisfaction With Care in The Intensive Care Unit: The Development of A Questionnaire And Preliminary Results. *Journal of Critical Care*, **2001**; 16(4): 142-149.
- 133. Latour, JM, Hazelzet JA, Heijden JA.** Parent Satisfaction in Pediatric Intensive Care: A Critical Appraisal of The Literature. *Pediatr Critical Care Medicine*, **2005**; 6(5): 578- 584.

134. **Coyne I.** Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, **2006**; 15: 61-71.
135. **Tavşancıl E.** Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi.5. Basım, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, **2014**.
136. **Şencan H.** Sosyal Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. 1.Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık, **2005**.
137. **Alpar R.** Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlilik-Güvenilirlik. 5.Baskı, Ankara: Detay Yayıncılık, **2012**.
138. **Şişe Ş, Altınel EC.** Bir üniversite hastanesinde yatan hasta memnuniyeti. *Selçuk Tıp Dergisi*, **2012**; 28-213.
139. **Savaş E, Bahar A.** Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi*, **2011**; 17-24.
140. **Lacey SR, Klaus SF, Smith JB, Cox Sk, Dunton NE.** Developing Measures of pediatric nursing quality. *Journal of Nursing Care Quality*, **2006**; 21: 210-220.
141. **Ammentorp J, Mainz J, Sabroe S.** Determinants of priorities and satisfaction in pediatric care. *Pediatric Nursing*, **2006**; 32: 333.
142. **Espezel EJH, Canam J.** Parent-nurse interactions; care of hospitalized children. *Issues and Innovations in Nursing Practice*, **2013**:34.
143. **Homer JC, Marino B, Cleary PD, Alpert HR, Smith B, Ganser CMC, Brustowicz RM, Goldmann DA.** Quality of care at a children's hospital the parents perspective. *ARCH pediatr Adolesc Med*, **1999**; 153: 1223-1129.
144. **Al-Akour N, Gharaibeh M, Al-Sallal RA.** Perception of Jordanian mothers to nursing support during their children hospitalisation. *Journal of Clinical Nursing*, **2012**; 22: 233-239.
145. **Arslan D, Aytaç A.** İlkokuma Yazma Öğretimi Dersine İlişkin Tutum Ölçeği Geliştirmesi. *Elementary Education Online*, **2010**; 9(3): 841-850.
146. **Ak B, Yılmaz M, Keçialan R,** Hemşirelik Bakımına İlişkin Memnuniyetin Değerlendirilmesinde Çocukların Sesi. 6. *Ulusal 1. Uluslararası Pediatri Hemşireliği Kongresi*, Antalya, **2017**: 90.
147. **Çiftçioğlu H, Polat ÖA, Eren E.** Personality Development, *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, **2016**; 6(2): 15-18.
148. **Arıkan D, Çelebioğlu A, Tüfekçi FG.** Çocukluk Dönemlerinde Büyüme ve Gelişme. In: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolişik B, Eds. *Pediatri hemşireliği*, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; **2013**: 153-66.
149. **Yiğit N, Bütüner SÖ, Dertlioğlu K.** Öğretim Amaçlı Örütbağ Sitesi Değerlendirme Ölçeği Geliştirme, *Necatibey Eğitim Fakültesi Fen ve Matematik Eğitimi Dergisi*, **2008**; 2(2): 38-51.
150. **Çapık C.** Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışmalarında Doğrulayıcı Faktör Analizinin Kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2014**; 17(3): 196-204.
151. **Lawshe CH.** A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, **1975**; 28: 563-575.

- 152. Davis, L.L.** Instrument Review: Getting The Most From a Panel of Experts. *Applied Nursing Research*, **1992**; 5: 194-7.
- 153. Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S.** Objectifying content validity: Conducting a content validity study in socialwork. *Social Work Research* **2003**; 27(2): 94–104.
- 154. Karakoç FY, Dönmez L.** Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, **2014**; 40: 39-49.
- 155. Szymanski EM, Linkowski DC.** Human resource development: An examination of perceived training needs of certified rehabilitation counselors. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, **1993**; 37(2): 163-176.
- 156. Hill BD.** The Sequential Kaiser-Meyer-Olkin Prodeure as An Alternative for Determining the Number of Factors in Common Fakcor Analysis: A Monte Carlo Smullation. Doctor of Philosophy, *Oklahoma State Üniversity Submitted of the Fuculty*, Oklohama, **2011**: 5-30s.
- 157. Tabachnick BG, Fidell LS.** Using multivariate statistics. 5th Ed., Boston: Allyn & Bacon, **2007**.
- 158. Field A.** Discovering Statistics Using SPSS. 3th Ed., London: SAGE Publications Ltd., **2009**: 627-685.
- 159. Yaşlıoğlu MM.** Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, **2017**; 46: 74-85.
- 160. Pallant J.** SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS for windows. 4th Ed. McGraw Hill: Open University Press, **2011**.
- 161. Büyüköztürk Ş.** Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. 15. Baskı, Ankara: Pegem Akademi, **2011**; 124-180.
- 162. Yurdugül H, Aşkar P.** An investigation of the factorial structures of pupils' attitude towards technology (PATT): A Turkish sample. *Elementary Education Online*, **2008**; 7(2): 288-309.
- 163. Williams B, Onsman A, Brown T.** Exploratory factor analysis: A five-step guide for novices. *JEPHC*, **2010**; 8(3): 1-10.
- 164. Keszei AP, Novak M, Streiner DL,** İntroduction to health measurement scales. *Journal of Psychosomatic Research*, **2010**; 68: 319-328.
- 165. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE.** Multivariate Data Analysis. 7nd Ed., Harlow: Pearson Education Limited, **2014**.
- 166. Sharma S.** Applied Multivariate Techniques. New York: John Wiley & Sons, **1996**: 90-181s.
- 167. Şimşek ÖF.** Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş, Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları. Ankara: Ekinoks Yayınları, **2007**: 44-53s.
- 168. Byrne BM.** Structural Equation Modeling with AMOS: Basic Concepts, Applications and Programming. 3rd Ed., New York: Routledge, **2016**.

- 169. Hooper D, Coughlan J, Mullen MR.** Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, **2008**; 6(1): 53-60.
- 170. Schumacker RE, Lomax RG.** A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling. New York: Taylor & Francis Group; **2010**: 85-90s.
- 171. Munro BH.** Statistical Methods For Health Care Research. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, **2005**: 351-376s.
- 172. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER.** Measurement Nursing and Health Research. 4th Ed., New York: Springer Publishing Company, **2010**.
- 173. Aytaç M, Öngen B.** Doğrulamalı Faktör Analizi ile Yeni Çevresel Paradigma Ölçeğinin Yapı Geçerliliğinin İncelenmesi. *İstatistikçiler Dergisi*, **2012**; 5: 14-22.
- 174. Kline RB.** Principles and practice of structural equation modeling. 3rd Ed., New York: Guilford Press. **2011**.
- 175. İlhan M, Çetin B.** LISREL ve AMOS programları kullanılarak gerçekleştirilen yapısal eşitlik modeli (YEM) analizlerine ilişkin sonuçların karşılaştırılması. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, **2014**; 5(2): 26-42.
- 176. Rose SA, Markman B, Swilowskys S.** Limitations in the Systematic Analysis of Structural Equation Model Fit Indices. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, **2017**; 16(1): 69-85.
- 177. Wang J, Wang X.** Structural Equation Modeling: Applications Using Mplus: methods and applications. West Sussex: John Wiley & Sons; **2012**.
- 178. Gözüm S, Aksayan S.** Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi*, **2003**; 5(1): 3-14.
- 179. Türkmen E, Baysal Ü, Seren Ş, Altuntaş S.** Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Geliştirilmesi. *Anadolu Hemşireliği Dergisi*, **2011**; 14(4): 38-45.
- 180. Liu Y.** Developing a scale to measure the interactivity of websites. *Journal of Advertising Research*, **2003**; 43(2): 207-216.
- 181. Aktürk Z, Acemoğlu H.** Tıbbi araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlilik. *Dicle Tıp Dergisi*, **2012**; 39(2): 316-319.
- 182. Dost A.** Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeği Geliştirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, **2014**: 60-182s.
- 183. Akgül A.** Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSS uygulamaları. 3 Basım. Ankara: Emek Ofset Ltd., **2005**.
- 184. Üstün G.** Hastanede yatan çocuklar için psikososyal semptomları tanılama ölçeği'nin geliştirilmesi güvenilirlik Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Sivas, **2012**: 9-42s.
- 185. Çimke S.** Annelerin hastanede yatan çocuğun bakımına katılma ve memnuniyet durumları. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, **2013**: 4-21s.
- 186. Toros F, Tot Ş, Düzovalı Ö.** Kronik Hastalığı Olan Çocuklar, Anne ve Babalarındaki Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*, **2002**; 5: 240-247.

- 187. Hartling L, Milne A, Tjosvold L, Wrightson D, Gallivan J & Newton AA.** Systematic Review of Interventions to Support Sibling of Children with Chronic Illness or Dissability. *Journal of Paediatrics and Child Health*, **2014**; 50: e26-e38.
- 188. Kocaman N.** Hastaların Psikososyal Tepkilerini Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2008**; 11(1): 101-110.
- 189. Bricher G.** Children in the hospital: Issues of power and vulnerability. *Pediatric Nursing*, **2000**; 26.
- 190. Legg MJ.** What is psychosocial care and how can nurses better provide it to adult oncology patients. Australian. *Journal of Advanced Nursing* **2011**; 28: 61-7.
- 191. Zengerle-Levy K.** Nursing the child who is alone in the hospital. *Pediatric Nursing*, **2006**; 32: 226-37.
- 192. De-La-Cueva-Ariza L, Romero – Garcia M, Delgado-Hito P, Acosta-Mejuto B, Jover-Sancho C, Ricart-Basagana T, Juando-Prats C, Sola-Sole N & Sola Ribo M.** Development of an instrument to measure the degree of critical patient's satisfaction with nursing care: research protocol. *JAN*, **2013**; 202-204.
- 193. Aktaş G.** Feminist Söylemler Bağlamında Kadın Kimliği: Erkek Egemen Toplumda Kadın Olmak. *Edebiyat Fakültesi Dergisi*, **2015**; 50(1): 53-56.
- 194. Voutilainen A, Pitkaaho T, Kuist T & Vehvilainen – Julkunen K.** How to ask about patient satisfaction? The visual analogue scale is less vulnerable to confounding factors and ceiling affect than a symmetric scale, *JAN*, **2015**: 946-949.
- 195. Evans DK, Tarneberg AW.** Health-care quality and information failure: Evidence from Nigeria. *Health Economics*, **2018**;27: e90-e93.

8. EKLER

EK-I

Tanıtcı Bilgi Formu

1-Yaş:

2-Cinsiyet: () Kız () Erkek

3- Doğum Tarihi (gün/ay/yıl):

4- Yattığın hastanenin adı:

5-Yattığın kliniğin adı:

6- Tıbbi Tanısı:

7- Hastaneye yatış nedeni:

8-Anninizin eğitim durumunu

işaretleyiniz

() Okuma yazma bilmiyor

() Okuma yazma biliyor

() İlkokul

() Ortaokul

() Lise

() Üniversite ve üstü

9-Babanızın eğitim durumunu

işaretleyiniz

() Okuma yazma bilmiyor

() Okuma yazma biliyor

() İlkokul

() Ortaokul

() Lise

() Üniversite ve üstü

10- Annenizin Mesleği:

11- Babanızın Mesleği:

12- Daha önce hastanede yattınız mı?

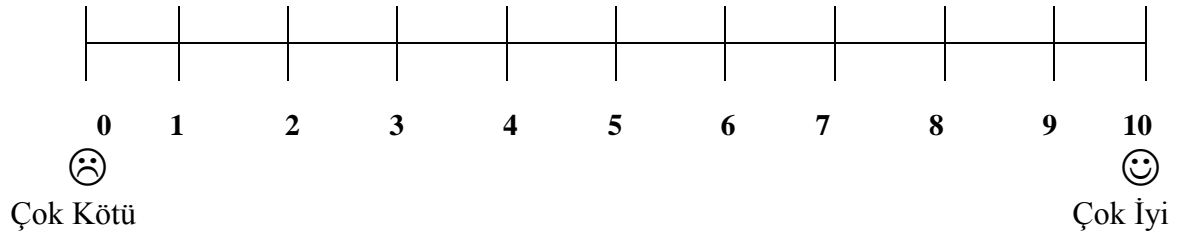
() Evet () Hayır

13-Hastanede ki yatışının kaçınıcı günü:

14- Kronik hastalığın var mı?

() Evet () Hayır

15- Hastanede yattığın süre içerisinde aldığın bakım hizmetini 1 ile 10 puan arasında puan verseydin kaç puan verirdin, aşağıdaki cetvel üzerinde işaretler misin?



EK-II**ÇOCUKLARIN GÖZÜ İLE BAKIM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ****TASLAK ÖLÇEĞİ**

	Hiçbir zaman katılmıyorum	Nadiren katılıyorum	Bazen katılıyorum	Çoğu zaman katılıyorum	Her zaman katılıyorum
1-Bana bakım veren hemşireler güler yüzlüdür					
2- Bana bakım veren hemşireler naziktir					
3- Bana bakım veren hemşireler dürüştür (yalan söylemez)					
4- Bana bakım veren hemşireler yardım severdir					
5- Bana bakım veren hemşireler bana sevgi dolu davranır					
6- Bana bakım veren hemşireler şakacıdır					
7-Hemşireler bana adım ile seslenir					
8-Hemşireler yattığım servisi bana tanıtır					
9-Hemşireler servisin kurallarını bana açıklar					
10-Hemşireler odama her girdiğinde benimle konuşur					
11-Hemşireler hastanedeki zamanın eğlenceli geçmesi için faaliyet (film seyretme, boyama, yapııştırma, oyun vb.) düzenler					

	Hiçbir zaman katılmıyorum	Nadiren katılıyorum	Bazen katılıyorum	Çoğu zaman katılıyorum	Her zaman katılıyorum
12-Hemşireler benimle oyun oynar.					
13-Hemşireler okumam için bana kitap verir					
14-Hemşireler benimle sohbet etmek (bakım ve tedavi dışında) için odama gelir					
15-Hemşireler serviste yatan diğer çocuklar ile beni tanıştırır					
16-Hemşireler servisteki çocukların birlikte oyun oynamaları ya da faaliyet yapmaları için yardım eder					
17-Hemşireler damardan ilaç ve iğne yapmak, kan almak gibi ağrılı işlemlerde bana hazır olmam için zaman verir					
18-Hemşireler yapılan işlemler hakkında bilgi verir					
19-Hemşireler, canım yandığında öfkeli davranış gösterince bana kızmaz					
20-Hemşireler ağrılı işlemlerde annemin ya da babamın yanımda olmasına izin verir.					
21-Hemşireler işlemler sırasında vücudumun (çıplak bir şekilde) başkaları tarafından görülmesini engeller					

	Hiçbir zaman katılmıyorum	Nadiren katılıyorum	Bazen katılıyorum	Çoğu zaman katılıyorum	Her zaman katılıyorum
22-Hemşireler tedavilerim sırasında bana da sorumluluk verir (kan alındıktan sonra işlem bölgesine pamuk ile bastırmak, iğne yapılacak bölgenin temizliğinin sağlamak vb.)					
23-Hemşireler ilaç yapmak, tansiyon ölçmek, pansuman yapmak gibi işlemlerde benim fikrimi ve tercihlerimi alır					
24-Hemşireler hastalığım hakkında bana bilgi verir					
25-Hemşireler hastalığım için dikkat etmem gerekenler hakkında bana bilgi verir					
26-Hemşireler bana yaptıkları işlemlerde ağrımı azaltmak için elinden geleni yapar					
27-Hemşireler ağrım olduğunda benimle ilgilenir					
28-Hemşireler ağrım olduğunda bana ağrımın nedenini açıklar					
29-Hemşireler yaptıkları ilaçların ne işe yaradığını bana anlatır					
30-Hemşireler ilaçlarımı yaparken benimle konuşur					
31-Hemşireler mecbur kalmadıkça uyurken beni rahatsız etmez					
32-Hastanedeki odam, canım sıkıldığı zaman iyi vakit geçirebileceğim şekilde düzenlenmiştir					
33-Hastane odasındaki yatak ve mobilyalar benim yaşıma uygundur					
34-Hastanedeki odam yeterli düzeyde aydınlıktır					
35-Hastanedeki odamda beni rahatsız eden sesler yoktur					

	Hiçbir zaman katılmıyorum	Nadiren katılıyorum	Bazen katılıyorum	Çoğu zaman katılıyorum	Her zaman katılıyorum
36-Hastanedeki odam yeterli düzeyde temizdir					
37-Hastanedeki odamda kötü kokular yoktur					
38-Servisteki oyun odası canım sıkıldığında oyun oynayabileceğim şekilde düzenlenmiştir					
39-Yattığım çocuk servisinin duvarları ve yerleri (zemimi) dikkat çeken resimler ile süslenmiştir					
40-Yattığım çocuk servisi çocuklar için eğlenceli (oyun alanları, oyuncaklar, bilgisayar, televizyon, renkli araç-gereçler, çiçekler vb) olarak düzenlenmiştir					
41- Yattığım çocuk servisi, kendimi evimde hissedebileceğim şekilde düzenlenmiştir					

EK-III**ÇOCUKLARIN GÖZÜ İLE BAKIM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
ÖLÇEĞİ NİHAİ HALİ***

	Hiçbir zaman katılmıyorum	Nadiren katılıyorum	Bazen katılıyorum	Çoğu zaman katılıyorum	Her zaman katılıyorum
1- Hemşireler yattığım servisi bana tanıtır					
2-Hemşireler servisin kurallarını bana açıklar					
3-Hemşireler hastanedeki zamanın eğlenceli geçmesi için faaliyet (film seyretme, boyama, yapııştırma, oyun vb.) düzenler					
4- Hemşireler ağrım olduğunda bana ağrımın nedenini açıklar					
5- Hemşireler okumam için bana kitap verir					
6- Hemşireler hastalığım hakkında bana bilgi verir					
7-Hemşireler benimle oyun oynar					
8- Hemşireler serviste yatan diğer çocuklar ile beni tanıştırır					
9- Hemşireler hastalığım için dikkat etmem gerekenler hakkında bana bilgi verir					
10- Hemşireler bana yaptıkları işlemlerde ağrımı azaltmak için elinden geleni yapar.					
11- Hemşireler yaptıkları ilaçların ne işe yaradığını bana anlatır					
12- Hemşireler ilaçlarımı yaparken benimle konuşur					
13- Hemşireler ağrım olduğunda benimle ilgineir					
14- Hemşireler benimle sohbet etmek (bakım ve tedavi dışında) için odama gelir					
15- Hemşireler servisteki çocukların birlikte oyun oynamaları ya da faaliyet yapmaları için yardım eder					

***Ölçeğin kullanımı için yazardan izin alınması gerekmektedir.**

EK-IV

ETİK KURUL ONAYI



Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulu

Hemş. Merve YILMAZ
Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Bolu Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü

Sayın Hemş. Merve YILMAZ,

"Çocukların Gözü ile Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesine Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması" konulu araştırmanız ile ilgili olarak Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kuruluna yapmış olduğunuz başvuru (Protokol NO. 2016/27) Kurulumuzun 02.03.2016 tarihli ve 2016/02 toplantısında değerlendirilerek etik olarak uygun bulunmuştur. Bilgilerinize sunarız.

Prof. Dr. Hamit COŞKUN (Başkan)

Doç. Dr. Mehmet ERYİĞİT (Üye)

Doç. Dr. Mithat DURAK (Üye)

Doç. Dr. Altay EREN (Üye)



Doç. Dr. Dilşad ÇOKNAZ (Üye)

Doç. Dr. Seval ALKOY (Üye)

Av. Zuhal DEMİRCİ (Üye)

EK-V

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ CEBECİ HASTANESİ
ARAŞTIRMA ONAYI**


 **T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**
Hastaneler Başhekimliği
Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Hastane Müdürlüğü, İdari ve Mali İşler Şefliği 

Sayı : 15255985-806.01.03[774.01.01]/E.10431 20.04.2016
Konu : Merve YILMAZ (Tez Çalışması)

ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Bolu Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğüne)

Yüksekokulunuz yüksek lisans öğrencisi Hemşire Merve YILMAZ'ın "Çocukların Gözü ile Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesine Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması" isimli yüksek lisans tez çalışmasının anket uygulamalarını Hastanemiz Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalında yapmasının uygun görüldüğü hakkında alınan 18.04.2016 tarih ve 19786 sayılı yazı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

 e-izmalıdır
Prof.Dr. A.Rüçhan AKAR
Başhekim

Ek : 18/04/2016 tarihli 51642347-806.01.03[806.01.03]/E.19786 sayılı yazı.



**BELGENİN ASLI
ELEKTRONİK İMZALIDIR**
20.04/2016
Hasan ÇİFTÇİ

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu : BLWTQVFDRIPPHLCVVZY Belge Takip Adresi: <http://belgedogrulama.ankara.edu.tr/>
Tıp Fak.Cad. 06260 Dikimevi - Mamak - Ankara
Tel No : 0312 595 63 60 - Belge Geçer No : 0312 362 34 41
E-Posta : cebbsk1@medicine.ankara.edu.tr

Bilgi için: Hasan ÇİFTÇİ
Mentur
Telefon No: (312) 595 63 62

EK-VI

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ CEBECİ HASTANESİ
ARAŞTIRMA ONAYI**

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Sayı : 69545805-806.01.03/E.19794
Konu : Merve YILMAZ (Tez Çalışması)


18.04.2016

CEBECİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 13.04.2016 tarihli yazınız.

Merve Yılmaz'ın tez çalışması hakkında alınan yazınız incelenmiş olup, tarafımızdan uygun görülmüştür.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

 e-İmzalıdır
Prof.Dr. SEMRA ATALAY
Anabilim Dalı Başkanı

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

-/ANKARA
Telefon No: 0312 319 14 41 Belge Geçer No: 0312 319 14 40
e-posta: anckhast@medicincine.ankara.edu.tr internet adresi

Bilgi için: Meriç SEİVİ
MEMUR
Telefon No: (312) 595 60 00-8652

EK-VII

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ İHSAN DOĞRAMACI ÇOCUK HASTANESİ
ARAŞTIRMA ONAYI



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMLERİ YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞI
İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Başhekimliği

Sayı: 75967797-804.01/2102 -11215
Konu: Merve YILMAZ

30/05/2016

ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

İlgi : 10.05.2016 tarih ve 5782 sayılı yazınız,

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans öğrencisi Merve YILMAZ'ın "Çocukların Gözü ile Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesine Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması" başlıklı tez çalışmasının uygulamasını hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi saygularıyla arz ederim.

Prof.Dr. E. NAZLI GÖNÇ
İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi
Başhekimisi



EK-VIII

**DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ARAŞTIRMA ONAYI**

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 73799008
Konu : Merve YILMAZ /Araştırma izni

SAĞLIK BAKANLIĞI T.K.H.K.
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hast. Birliği Genel
Sekreterliği
Dr. Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk
Sağlığı ve Hastalıkları E.A.H.
Giden No:7420 20/06/2016 14:38:36



ABANT İZZET BAYSALÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastane Birliği Genel Sekreterliğinden alınan 14/06/2016 tarihli ve 85346189-605.01-E.8113 sayılı araştırma izni konulu yazı gereğince; “Çocukların Gözü ile Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesine Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması” konulu araştırmanızı Hastanemizde hizmeti aksatmayacak şekilde bizzat öğrenciniz Merve YILMAZ tarafından , katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcıların yazılı onamların alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması ve başka makam, kişilere verilmemesi ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastane Birliği Genel Sekreterliğine gönderilmesi kaydıyla Hastanemiz Yöneticiliğine uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Uzm. Dr. Eyüp SARI
Hastane Yöneticisi V.

Babür Cad. No: 36 06080 Telsizler ANKARA
Tel: (312) 305 6606 FAX: (312) 305 63 47

EK IX



T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOKTORA / YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI
ORJİNALLIK RAPORU

27/07/2018

BAİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Öğrencinin Adı Soyadı: Merve YILMAZ

Numarası: 146208011

Anabilim Dalı: İLMİŞİRELİK

Lisansüstü Eğitim Düzeyi: Yüksek Lisans
Doktora

Tez Başlığı: ÇOCUKLARIN GÖZÜ İLE BAKIM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI

Yukarıda başlığı yazılı olan tez çalışmasının baplık sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç bölümlerinden oluşan 66 sayfalık kısmına ilişkin 27/07/2018 tarihinde tarafından tez danışmanınca Turnitin intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezinin benzerlik oranı "alıntılar hariç" yapılığında % 14 "alıntılar dahil" yapılığında ise % 15 olarak tespit edilmiştir.

Uygulanan Filtrelemeler:

- 1- Kaynakça Hariç;
- 2- Alıntılar Hariç / Dahil
- 3- 5 kelimeden daha az ortama içeren alıntı kaynakları hariç.

"BAİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması Ve Kullanılması Uygulama Esasları" nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini, aksinin tespit edilceği durumda her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Bilgilerinize arz ederim.

Öğrencinin Ad Soyad ve İmza: Merve YILMAZ

Eki: 1 adet tezin tüm başlığını öğrencinin adı sayfası bilgileri ve tezin raporun sayfa sayıları gösteren şekilde raporlama işlemi görülen sonuç alıntılar ekran görüntüsü eklenecektir.

TEZ DANIŞMAN ONAYI
Dr. Öğretim Üyesi Betriye AK
UYGUNDUR
27/07/2018

(Unvan, Ad Soyad, İmza)

9. ÖZGEÇMİŞ

Merve YILMAZ 01.02.1991 yılında Şiran'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Ankara'da tamamladı. Ufuk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünü 2013 yılında bölüm birincisi olarak bitirdi. 2013 yılında Özel Etimed Hastanesi Kadın Doğum kliniğinde hemşire olarak çalışmaya başladı. 2014 yılında Başkent Üniversitesi de Pedagojik Formasyon eğitimi aldı. 2014 Yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşire olarak göreve başlamış olup, halen görevine devam etmektedir.

