



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÇOCUKLARDA TIBBİ İHMAL ÖLÇEĞİ'NİN GELİŞTİRİLMESİ

Dilek KAPTAN

DOKTORA TEZİ

Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN

TRABZON-2024

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yapıldığını ve yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması, yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

29/03/2024

Dilek KAPTAN

İthaf

Bu doktora tezimi, benim bu günlere gelmem için hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan, her zaman yanımda olan aileme, sevgili eşime ve çocuklarıma ayrıca bütün zorlukları birlikte aştığım kardeşim Gülnur İnce ERDEM'e ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında bilgilerini ve deneyimlerini benimle paylaşan, desteğini ve zamanını hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocam Sayın Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN'a,

Tez izleme komitemde değerli fikirleriyle tezime katkıda bulunan, zamanını ve anlayışını esirgemeyen değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK'e ve Sayın Prof. Dr. Mehmet MUTLU'ya,

Çalışmamda desteklerini eksik etmeyen KTÜ Farabi Hastanesi Başhemşireliği'ne ve tüm hemşirelerine,

Tüm lisansüstü eğitim hayatım boyunca sırt sırta vererek tüm zorlukları birlikte aştığım canım kardeşim Gülnur İnce ERDEM'e,

Her zaman yanımda olup beni destekleyen, bana güç veren, üzerimde sonsuz emekleri olan ve benim için hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan canım annem Zeliha YILMAZ ve canım babam Mustafa YILMAZ'a,

Lisansüstü eğitim hayatım sürecinde bana sabırla yaklaşan ve her zaman destek olan sevgili eşim Burak KAPTAN'a ve canım oğullarım Buğra ve Ali Yiğit KAPTAN'a sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Uzman Hemşire Dilek KAPTAN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇ KAPAK SAYFASI	
ONAY	
BEYAN	
İthaf	
TEŞEKKÜR	
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tıbbi İhmal Kavramı	3
2.2. Tıbbi İhmal Tanı Kriterleri	4
2.3. Tıbbi İhmal Etkenleri	7
2.3.1. Çocuk Kaynaklı Etkenler	7
2.3.2. Aile ve Çevre Kaynaklı Etkenler	8
2.3.3. Sağlık Profesyonelleri Kaynaklı Etkenler	12
2.4. Tıbbi İhmal Durumunda Sağlık Profesyonellerinin Rolü	13
2.4.1. Tıbbi İhmalin Önlenmesinde İzlenecek Yol	14
2.4.2. Tıbbi İhmalde Sağlık Profesyonellerinin Sorumlulukları	17
2.4.3. Tıbbi İhmalde Hemşirelerin Sorumlulukları	19
3. GEREÇ ve YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	21
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.4. Araştırmaya Kabul ve Kabul Edilmeme Ölçütleri	21

3.5. Veri Toplama Araçları	22
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	22
3.5.2. Tıbbi İhmal Ölçeği (TİÖ) Taslağı	22
3.6. Veri Toplama Süreci	22
3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	23
3.8. Araştırmanın Sınırlıkları	24
3.9. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı	24
4. BULGULAR	25
4.1. Ölçeğin Geçerlik Bulguları	25
4.1.1. Ölçeğin Yüzey Geçerliliği	25
4.1.2. Ölçeğin Kapsam Geçerliliği	26
4.1.3. Ölçeğin Yapı Geçerliliği	26
4.1.3.1. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)	26
4.1.3.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)	30
4.1.3.3. Ölçeğin Yakınsak Geçerliliği	35
4.1.3.4. Ölçeğin %27 Alt Üst Madde Ayırt Edicilik Analizi	35
4.2. Ölçeğin Güvenirlik Analizleri	36
4.2.1. Ölçeğin Test Tekrar Test Güvenirliği	39
4.3. Ölçeğin Nihai Yapısı ve Puanlaması	39
5. TARTIŞMA	41
5.1. Ölçeğin Geçerlik Analizi Bulgularının Tartışılması	41
5.2. Ölçeğin Güvenirlik Analizi Bulgularının Tartışılması	45
5.3. Ölçeğin Zamana Karşı Değişmezliğinin Tartışılması	46
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	47
7. KAYNAKLAR	49
EKLER	64
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu	65
Ek 2. Kurum İzni	66
Ek 3. Etik Kurul Onayı	67
Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	69

Ek 5. Tıbbi İhmal Ölçeği

70

ÖZGEÇMİŞ

71



TABLÖLER DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. TİÖ'nün geliştirme ve veri toplama süreçleri	23
Tablo 2. TİÖ maddelerinin Skewness ve Kurtosis değerleri	27
Tablo 3. TİÖ alt boyut varyans oranları ve madde faktör yüklerinin dağılımı	29
Tablo 4. TİÖ'nün birinci düzey çok faktörlü DFA analizi sonucu elde edilen faktör yükleri ve normal dağılım uygunluğu	31
Tablo 5. TİÖ'nün birinci düzey çok faktörlü DFA analizi sonucunda elde edilen uyum iyiliği indeksleri	32
Tablo 6. TİÖ'nün ikinci düzey çok faktörlü DFA analizi sonucu elde edilen faktör yükleri	33
Tablo 7. TİÖ'nün ikinci düzey çok faktörlü DFA analizi sonucunda elde edilen uyum iyiliği indeksleri	34
Tablo 8. TİÖ'nün AVE ve CR değerleri	35
Tablo 9. TİÖ %27 alt üst madde ayırt edicilik analizi	36
Tablo 10. TİÖ'nün güvenilirlik analizi testleri	37
Tablo 11. AFA ve DFA gruplarında TİÖ toplam ve alt boyut korelasyon değerleri	38
Tablo 12. TİÖ test tekrar test analiz sonuçları	39
Tablo 13. TİÖ alt boyut maddeleri ve puanlama	40

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1. TİÖ yamaç grafiği	28
Şekil 2. TİÖ'nün birinci düzey çok faktörlü DFA modeli	32
Şekil 3. TİÖ'nün ikinci düzey çok faktörlü DFA modeli	34



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

AAP	Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics)
AFA	Açıklayıcı Faktör Analizi
AGFI	Düzeltilmiş Uyum İyiği İndeksi (Adjustment Goodness Of Fit Index)
AVE	Ortalama Açıklanan Varyans (Average Variance Extracted)
CFI	Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index)
CR	Kompozit Güvenirliği (Composite Reliability)
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
GFI	Uyum İndeksi (Goodness of Fit Index)
ICC	Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (Intraclass Correlation Coefficient)
KGi	Kapsam Geçerliği İndeksi
KGO	Kapsam Geçerliği Oranı
KGÖ	Kapsam Geçerliği Oranı Değeri
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
ML	Maksimum Olabilirlik (Maksimum Likelihood)
MVN	Mardia Çok Değişkenli Normallik Testi
NFI	Normlaştırılmış Uyum İndeksi (Normed Fit Index)
RMSEA	Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation)
SHÇEK	Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumuna
TCK	Türk Ceza Kanunu
TiÖ	Tıbbi İhmal Ölçeği
TMK	Türk Medeni Kanunu
X²/Sd	Düzeltilmiş Kikare İstatistiği

ÖZET

Çocuklarda Tıbbi İhmal Ölçeği'nin Geliştirilmesi

Araştırma, hemşirelerin çocuğun tıbbi ihmali konusunda bilgi ve farkındalıklarını belirleyebilmek için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirmek amacı ile metodolojik olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Trabzon ili üniversite hastanesinde çocuk hastalara hizmet sunan hemşireler (300'ü açıklayıcı faktör analizi için, 200'ü doğrulayıcı faktör analizi ve 30'u da test tekrar test için) oluşturmuştur. Veriler, Kişisel Bilgi Formu ve Tıbbi İhmal Ölçeği ile toplanmıştır. Ölçeğin yüzey ve kapsam geçerlilikleri sağlanmış ve kapsam geçerlik indeksi 0.85 olarak saptanmıştır. Normal dağılıma uygunluğu tespit edilmiştir. Kaiser-Meyer-Olkin değeri 0.825, Bartlett testi $X^2=4254.007$, $p=0.000<0.05$ ve anti imaj değerleri ise 0.681 ile 0.914 arasında bulunmuştur. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda ölçek faktör yükleri 0.559 ile 0.974 arasında değişen 25 madde 6 alt boyuttan oluşmuştur. Birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indeksleri $X^2/Sd=1.516$, RMSEA=0.051, CFI=0.953, NFI=0.901, GFI=0.911, AGFI=0.863 ve ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indeksleri ise $X^2/Sd=1.544$, RMSEA=0.052, CFI=0.938, NFI=0.911, GFI=0.916 ve AGFI=0.872 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar açıklayıcı faktör analizi ile şekillenen ölçeğin yapısını doğrulamıştır. Açıklayıcı faktör analizi sonrası Guttman Split-Half değeri 0.923, Spearman-Brown değeri 0.924 ve Cronbach Alpha değeri 0.881, doğrulayıcı faktör analizi sonrası Guttman Split-Half değeri 0.917, Spearman-Brown değeri 0.918 ve Cronbach Alpha değeri ise 0.882'dir. Her iki örneklemin de madde toplam korelasyon değerleri uygun aralıkta olup tüm bu değerlerle ölçeğin güvenilirliği desteklenmiştir. Test tekrar test sonuçları $r=0.987$; $p<0.001$, $t=0.460$; $p>0.05$ ve ICC değeri ise 0.933 olarak bulunmuş ve ölçeğin zamana karşı değişmezliği saptanmıştır. Sonuç olarak Tıbbi İhmal Ölçeği hemşirelerin çocuğun tıbbi ihmali hakkında bilgi ve farkındalık düzeylerini belirleyebilmek için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılabilir.

Anahtar Sözcükler: Çocuk, Çocuk İhmali, Çocuk İstismarı, Ebeveyn, Tıbbi İhmal

ABSTRACT

Development of the Medical Neglect Scale in Children

The research was conducted methodologically with the aim of developing a valid and reliable measurement tool to determine nurses' knowledge and awareness about child medical neglect. The sample of the study consisted of nurses (300 for exploratory factor analysis, 200 for confirmatory factor analysis and 30 for test-retest) who provide services to pediatric patients at the university hospital in Trabzon. Data were collected with the Personal Information Form and Medical Neglect Scale, The surface and content validity of the scale were ensured and the content validity index was determined as 0.85. It has been determined that it conforms to normal distribution. Kaiser-Meyer-Olkin value was 0.825, Bartlett test was $X^2=4254.007$, $p=0.000<0.05$ and anti-image values were found to be between 0.681 and 0.914. As a result of explanatory factor analysis, the scale consists of 25 items and 6 sub-dimensions with factor loadings ranging from 0.559 to 0.974. As a result of the first level confirmatory factor analysis, the fit indices were; $X^2/Sd=1.516$, $RMSEA=0.051$, $CFI=0.953$, $NFI=0.901$, $GFI=0.911$, $AGFI=0.863$ and as a result of the second level confirmatory factor analysis, the fit indices were determined as $X^2/Sd=1.544$, $RMSEA=0.052$, $CFI=0.938$, $NFI=0.911$, $GFI=0.916$ and $AGFI=0.872$. These results confirmed the structure of the scale shaped by explanatory factor analysis. After exploratory factor analysis, Guttman Split-Half value is 0.923, Spearman-Brown value is 0.924 and Cronbach Alpha value is 0.881 and after confirmatory factor analysis, Guttman Split-Half value is 0.917, Spearman-Brown value is 0.918 and Cronbach Alpha value is 0.882. The item-total correlation values of both samples were within the appropriate range and the reliability of the scale was supported by all these values. Test-retest results $r=0.987$; $p<0.001$, $t=0.460$; $p>0.05$ and ICC value was found to be 0.933, and the scale's invariance over time was determined. As a result, the Medical Neglect Scale can be used as a valid and reliable measurement tool to determine nurses' knowledge and awareness levels about the child's medical neglect.

Keywords: Child, Child Abuse, Child Neglect, Medical Neglect, Parents

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Tıbbi ihmal, çocuk istismar ve ihmali türlerinin genellikle en göz ardı edileni ve tanısı en zor konulan türüdür (1, 2). Bunun nedeni, etkilerinin uzun sürede ortaya çıkması ve tespitinde birçok bulgunun bir arada değerlendirilerek iyi analiz edilmesinin gerektiğidir (2-4). Çocuğun menfaatini ön planda tuttuğu varsayılan ebeveynin, kasten ya da kasıt olmadan çocuğun sağlığını riske atacak davranışlarda bulunması veya çocuğun sağlığına fayda sağlayacak davranışlarda bulunmaması olasılıkları akılda olmalıdır (5). Tıbbi ihmal tanısının konulabilmesi için; çocuğun sağlık hizmeti almaması nedeni ile zarar görmesi veya zarar görme riski taşıması, çocuğa faydası olacak bir sağlık hizmetinin aile tarafından onaylanmaması, tedaviden beklenen yararın morbidite riskinden fazla olmasına rağmen bakım vericilerin tedaviyi reddetmesi veya sağlık hizmetine erişim imkânı olmasına rağmen kullanılmaması gerekir. Ancak tüm bu davranışlara tıbbi ihmal diyebilmek için ebeveynlerin önerilen tıbbi tavsiyeyi anladığından emin olunmalıdır (6, 7).

Büyüme gelişme gerilikleri, obezite, aşı reddi, ağız ve diş sağlığı sorunları, hijyen eksikliği, tekrarlayan hastane yatışları ve tıbbi uyumsuzluklar tespit edildiğinde ebeveyn ve çocuk daha dikkatle incelenmeli ve tıbbi ihmal açısından ele alınmalıdır (8-15). Yoksulluk, sosyal güvencenin olmaması, ebeveynin çocuğun bakım gereksinimlerini anlamaması, eğitimsizlik, sağlık kuruluşlarına ulaşımın zor olması, bozuk aile yapısı, beceri eksikliği, sağlık profesyonellerine güvensizlik, iletişim bozukluğu, inançlar, çocuğun davranışları, çocuğun mevcut hastalıkları, özel bakım gereksinimleri, çevresel faktörler ve sağlık profesyonelleri kaynaklı faktörler ebeveynlerin çocuklarına tıbbi ihmal uygulama nedenlerinden bazılarıdır (5, 16-18).

Sağlık profesyonelleri, tıbbi ihmal riskini azaltmak için; tedavi sürecine dair kararları kimin vereceğini belirlemelidir. Ebeveyn ve çocuk ile etkili iletişim kurmalı, çocuğu ve ebeveynleri bilgilendirmeli, eğitmeli ve tedavi sürecinin planlanmasına dahil ederek katılımlarını sağlamalı, her durumda çocuğun zarar görme riskini göz önünde bulundurmalı, uyumsuzluk tespit ettiğinde giderme yolları aramalı, sürece dair tüm kayıtları tutmalı ve ailenin destek mekanizmalarını belirleyerek ebeveynleri yönlendirmelidir (5, 19).

Çocuğa uygulanan bu ihmalin tespiti ve erken dönemde müdahale edilmesi noktasında, sağlık çalışanlarının etik, ahlaki ve hukuksal sorumlulukları mevcuttur. Sağlık profesyonellerinin dikkatli olmaları hayat kurtarıcı olabilir (20-27). Bu noktada da sağlık

profesyonellerinin konu hakkında yeterli bilgi ve donanıma sahip olmaları gerekir. İstismar ve ihmal konusundaki çalışmaların sonuçlarına göre sağlık profesyonellerinin bu konularda bilgi ve eğitim eksikliklerinin olduğu görülmektedir (28-39). Tıbbi ihmal konusundaki yurt içi ve yurt dışı çalışmalara bakıldığında, ülkemizde yeterince tanınmadığı, konu hakkında geliştirilmiş herhangi bir ölçek bulunmadığı, yapılmış çalışmaların çoğunluğunun derleme niteliğinde ve genellikle hekim odaklı olduğu görülmektedir (3-5, 6, 9, 12, 14, 40-49).

Tüm bunlardan hareketle araştırmamızda, çocuk hastalara ve ebeveynlere birebir temas ederek profesyonel sağlık hizmeti sunan hemşirelerin, çocuğun tıbbi ihmali konusunda bilgi ve farkındalıklarını belirleyebilmek için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirmek, konu hakkında bilgi düzeylerini tespit etmek ve oluşacak farkındalık ile de çocukların optimum düzeyde sağlık hizmeti almalarını desteklemek hedeflenmiştir.

Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıtlar aranmıştır;

- Tıbbi İhmal Ölçeği geçerli bir ölçme aracı mıdır?
- Tıbbi İhmal Ölçeği güvenilir bir ölçme aracı mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde, tıbbi ihmal kavramı, tıbbi ihmal tanı kriterleri, tıbbi ihmal etkenleri ve tıbbi ihmal durumunda sağlık profesyonellerinin rolü başlıklarına yer verilmiştir.

2.1. Tıbbi İhmal Kavramı

Tıbbi ihmal, çocuklara kötü muamelenin en yaygın, en az araştırılmış ve en az bilinen şekli olup, ebeveynlerin çocuğun sağlığı için gerekli bakımı karşılamadaki başarısızlıklarını ifade eder (1, 3, 6, 10). Ayrıca ebeveynlerin çocuklarının sağlık durumunu iyileştirmek için girişimde bulunmaması veya gecikmesi, çocuğu çevresel tehlikelere maruz bırakması ve sağlık profesyonelleri tarafından verilen tavsiyelere uymamasını içerir (5, 50).

Ebeveynler çocuklarını yetiştirirken kendilerinin ve yaşadıkları toplumun değerlerine ve kültürlerine göre hareket edebilirler. Çocuklarına zarar vermedikleri sürece uygun olmayan davranışları dahi normal kabul edilebilir. Ancak sağlıklı yaşamak, hastalanmamak ve sağlık hizmetlerinden yararlanmak çocukların temel hakkıdır (10, 19). Çocuğu yaralamak, yeteri kadar beslememek, sağlığını riske atıcı davranışlarda bulunmak ve korumamak her ne maksatla olursa olsun birçok toplumda hoş karşılanmaz (10). Birçok ülkede farklılıklar göstermekle birlikte ebeveynlerin çocuğu koruma zorunlulukları yasalastırılmıştır. Ülkemizde Türk Medeni Kanunu (TMK) ve Türk Ceza Kanunu (TCK) ile ailenin çocuğu koruması cezai hükme bağlanmıştır:

TMK 346. Madde

“Çocuğun menfaati ve gelişmesi tehlikeye düştüğü takdirde, ana ve baba duruma çare bulamaz veya buna güçleri yetmezse hâkim, çocuğun korunması için uygun önlemleri alır” (25).

TMK 347. Madde

“Çocuğun bedensel ve zihinsel gelişmesi tehlikede bulunur veya çocuk manen terk edilmiş hâlde kalırsa hâkim, çocuğu ana ve babadan alarak bir aile yanına veya bir kuruma yerleştirebilir” (25).

TCK 233. Madde

“Aile hukukundan doğan bakım, eğitim veya destek olma yükümlülüğünü yerine getirmeyen kişi, şikâyet üzerine, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.”

“Velayet hakları kaldırılmış olsa da ihtiyati sarhoşluk, uyuşturucu veya uyarıcı maddelerin kullanılması ya da onur kırıcı tavır ve hareketlerin sonucu maddi ve manevi özen noksanlığı nedeniyle çocuklarının ahlak, güvenlik ve sağlığını ağır şekilde tehlikeye sokan ana veya baba, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır” (26).

Amerika Birleşik Devletleri’nde Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Veri Sistemi’nden çekilen verilere göre 2021 yılında kötü muamele mağduru olan çocukların %1.9’unun tıbbi ihmale uğradığı ve çocuk ölümlerinin %8.1’inin tıbbi ihmal içerikli olduğu belirlenmiştir (51). Bu oranlar az gibi görünse de tıbbi ihmal tanısının zorluğu düşünüldüğünde gözden kaçırılmış olabilecek vakalar da akılda olmalıdır (17).

2.2. Tıbbi İhmal Tanı Kriterleri

Amerikan Pediatri Akademisi’ne (AAP) göre tıbbi ihmal tanısı koyabilmek için değerlendirilmesi gereken beş faktör bulunmaktadır;

“Çocuğun sağlık hizmeti almaması nedeni ile zarar görmesi veya zarar görme riski taşınması, çocuğa yüksek faydası olacak sağlık hizmetinin aile tarafından onaylanmaması, tedaviden beklenen yararın morbidite riskinden oldukça fazla olmasına rağmen bakım vericilerin tedaviyi reddetmesi, sağlık hizmetine erişim imkânı olmasına rağmen kullanılmaması ve ebeveynlerin tıbbi tavsiyeyi anladığından emin olunması” (5- 7).

Bu faktörler değerlendirilirken “net fayda” tanımı özellikle vurgulanmıştır. Sağlık profesyonelleri ve ebeveynler kültürel, dini, mali ve felsefi farklılıkları nedeni ile çocuk için neyin faydalı olacağı konusunda fikir ayrılıkları yaşayabilirler. Sağlık profesyonellerinin önerilerine rağmen, ebeveynlerin tersine kararları neticesinde çocuk zarar görmüş ise sağlık profesyonelleri ile ebeveynler arasındaki ilişkiler düşmanca bir hal alabilir. Bu durumlardan kaçınmak amacı ile kurumlarda etik kurullar çocukların sağlığı ile ilgili kritik kararlar noktasında devreye girebilir (5, 17).

Hasta bir çocuğa, sağlık çalışanları tarafından önemi anlatılarak verilmiş bir kontrol muayene randevusuna gelinmemesi, önlenebilir hastalık durumunda önerilen tedavinin ebeveynler tarafınca onaylanmaması ve önerilen ilaçların kullanılmaması gibi durumların fark edilmesi nispeten daha kolaydır (52). Bu gibi durumlarda ebeveynlerin kanıtlanmış olan bir tedaviyi reddetmeleri bir hak olarak değerlendirilmez. Örneğin kemoterapinin yan etkileri ve tedavi sürecinin zorluğu nedeni ile ebeveynler tedaviden kaçınmak isteseler de hayatta kalma şansının en üst düzeye çıkarılması çocuğun başlıca hakkıdır (10, 53, 54). Özellikle ebeveynlerin akılcı, yani; uygun doz ve sürede, en az maliyetli ve hastalık için hekim tarafınca uygun görülmüş ilaç kullanımının önemi konusunda bilinçlendirilmesi gerekmektedir (55). Utli ve Turan'ın çalışmasında ebeveynlerin meslek, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve yaşadığı yerin çocukları için doğru ve bilinçli ilaç kullanımına etki ettiği görülmüştür (56).

Çocukların hastalık sürecine uyumları öncelikle ebeveynlerin sorumluluğundadır. Ebeveynlerin tıbbi uyumu bu noktada önem kazanır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre tıbbi uyum; bireyin önerilen tedavi ile ilgili talimatlara ve diyetle uymak, önerilen ilaçları almak ve öneriler doğrultusunda kullanmak ve randevulara katılmak konularındaki çabası olarak tanımlanabilir (8, 57). Ebeveynlerin hastalık ve tedavi sürecine uyumsuzlukları sonucu tekrarlayan hastalıklar, acil servis başvuruları ve hastane yatışları görülmektedir (15). Kalaman ve arkadaşlarının yaptıkları derleme çalışmasında; ebeveynlerin sosyoekonomik geçmişlerinin, aile yaşamı ve işlevlerinin, ebeveynlerin psikiyatrik bozukluklarının, tedavide ilaç kullanımının önemine ilişkin algılarının ve tutumlarının tıbbi uyumlarını etkilediği sonucuna varılmıştır (8).

Ebeveynlerin çocuklarının aşılmasını kabul etmemesi bazı toplumlarda tıbbi uyumsuzluk sonucu tıbbi ihmal olarak ele alınırken, bazı toplumlarda ise bir hak olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durumda ebeveynleri direkt eleştirmeden önce aşının önemi ve faydaları hakkında yeterli ve doğru bilgilendirmenin yapıldığından emin olunması gerekmektedir (58, 59). Aşıların uygulanması noktasında ebeveynler her ne kadar bireysel bir karar vermiş olsa da bu kararın sonucu tüm toplumu etkilemektedir. Ebeveynlerin aşı yaptırmama kararı, çocuğunu korumak için iyi niyetle verilmiş ise dahi geniş bir toplumu riske sokar. Ancak bu risk genellikle sürü bağışıklığı ile dengelenir. Kişilerin sürü bağışıklığındaki rollerini yerine getirmemesi durumunda zorunlu aşılama politikaları gündeme gelmektedir (13, 59, 60). Ebeveynlerin başka bireylerin hasta olmamaları

noktasında etik ve ahlaki sorumluluklarının mevcudiyetini savunanlar olduğu gibi aksini savunanlar da vardır (13, 58, 59). Ülkemizde Sağlık Bakanlığının 2021 verilerine göre, 2019 yılında aşı bazlı değerlendirmelerde %96-99 aralığında aşılama oranları görülürken, 2021 yılında bu oran %95-96 aralığına gerilemiştir (61). Ebeveynlerin aşılarla ve bu aşıları öneren ve uygulayan sağlık sistemine duydukları güven, verecekleri karara olumlu etki etmektedir (62). Sağlık profesyonelleri bilgilerini güncel tutacak eğitimlerle desteklenerek, ebeveynlerin sorularına ikna edici cevaplar vermeleri sağlanabilir ve bu sayede de ebeveynlerin aşı tereddütleri ile ilgili tüm yanlış inanışları ortadan kaldırılabilir (63).

Ebeveynlerin uyguladığı bir diğer tıbbi ihmal türü de diş sağlığının ihmalidir. Ağız sağlığı hizmetlerine yeterli erişim imkânı olan ebeveynler çocuklarını bu hizmetten mahrum bırakırsa diş ihtimalinin ciddi şekilde dikkate alınması gerekir. Ancak bu ihmalin tanısı konulurken, diş bakımına erişimde ciddi eşitsizlikler ve yoksulluğunda göz önüne alınarak değerlendirme yapılması gerekir (64). Diş çürüklerinin sık görüldüğü toplumlarda ihmal ayrımı zordur ve sebebi bilgisizlik olabilir. Oysaki diş çürüğü önlenabilir bir sorundur ve zamanında tedbir alınmazsa çeşitli ek sağlık sorunlarına, ağız enfeksiyonlarına, ağrıya, büyüme geriliğine ve yaşam kalitesinin bozulmasına sebep olabilir (65-67). Özellikle ilerlemiş vakalarda çoklu diş çekimine neden olan ciddi çürükler ihmal göstergesi olarak kabul edilir (68).

Ebeveynler çocuklarını uygun olmayan gıdalarla beslerse ve beslenme davranışlarını denetlemezlerse tıbbi ihmal akla gelmelidir (69). Özel sağlık gereksinimi nedeni ile farklı diyetlere maruz kalan çocuklarda beslenme sorunları daha da artmaktadır (9). Çocukluk boyunca yetersiz beslenme, osteopeni, anemi, büyüme gecikmesi ve enfeksiyon gibi sağlık sorunlarına yol açabilir (70). Ergenlik döneminde ise hormonal dengeyi bozarak amenore gibi komplikasyonlara neden olabilir (71, 72). İleri düzey yetersiz beslenme söz konusu olduğunda ise ölümcül komplikasyonlar görülebilir (73). Tüm dünyada fiziksel aktiviteden uzaklaşma, çevresel faktörler, genetik nedenler, sağlıksız gıdalara yaygın erişim imkanları ve çocukların besin alımının ebeveynler tarafından denetlenmemesi neticesinde çocukluk çağı obezite sayıları gittikçe artarak birçok çocuğun yaşamını tehdit etmektedir (9, 69, 74). Ülkemizde ise Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 verilerine göre beslenme sorunlarının da etkileri neticesinde, beş yaş altındaki çocukların %2'si düşük kilolu ve %8'i fazla kiloludur (75). Çocuklara sağlıklı beslenme

alışkanlıkları edindirebilmek için ebeveynler beslenme ve yeme alışkanlıkları ile çocuklara rol model ve çocuklarının beslenme alışkanlıklarında denetleyici olmalıdır (69).

2.3. Tıbbi İhmal Etkenleri

Yoksulluk, sosyal güvence olmaması, bakım gereksinimini anlamama, eğitimsizlik, sağlık kuruluşlarına ulaşımın zor olması, bozuk aile yapısı, beceri eksikliği, sağlık profesyonellerine güvensizlik, iletişim bozukluğu, inançlar, çocuğun davranışları ve çevresel faktörler ebeveynlerin tıbbi ihmal uygulama nedenlerinden bazılarıdır (5, 16, 18). Allan ve arkadaşları tarafından Kanada’da yapılan bir çalışmada kötü muamele ile ilgili soruşturmanın yaklaşık %1’inin tıbbi ihmal içerikli olduğu ve tıbbi ihmal vakalarının çoğunda çocuğun bir yaş altı ve ebeveynin de 21 yaş üzeri olduğu ve parasal sorunlar yaşayan aileler oldukları tespit edilmiştir (76).

Çocuğun ihmalinde birbiri ile ilişkili birçok etmen vardır ve geniş kapsamlı olumsuz etkileri uzun vadede ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle ihmal tespit edilir edilmez erken müdahale stratejileri uygulanması gereklidir (4). Tespit edilemeyen ve uzun süre maruz kalınan ihmal edici davranışlar sonucunda çocuklarda büyüme gelişme ve zekâ gelişim bozuklukları, okulda başarısızlıklar, psikolojik sorunlar, suça eğilimli olmak ve uzun süreli ihmallerde ölümler görülebilir (77).

Tıbbi ihmal, çocuk, aile, sağlık profesyonelleri ve çevresel etkenler bağlamında birçok nedenden ötürü ortaya çıkabilir. Bu etkenlerin her birinin olabilirliği göz önünde bulundurularak çocuk ve ebeveyn değerlendirilmelidir (5).

2.3.1. Çocuk Kaynaklı Etkenler

Çocuğun ebeveynleri tarafından ihmal edilmesinin birçok nedeni olabilir. Plansız gebelik sonucu doğan çocukların, evlilik dışı doğan çocukların, prematürelerin, düşük doğum ağırlığı, kronik hastalığı, özel bakım gereksinimi ve davranış bozukluğu olan çocukların, yaşı küçük çocukların ihmal edilme riskleri daha fazladır (5, 44, 76, 78, 79). Özellikle ergenlik dönemi çocuklar önerilen tedaviyi reddederek olumsuz tepkiler sergileyebilir, önerilen tedavi ve ilaçları kullanmayabilir. Bu gibi durumlarda sağlık profesyonelleri ve ebeveynler çocuğun tedaviye uyumunu el birliği ile sağlamalıdır (5).

Fortin ve arkadaşlarının çalışmasında, tıbbi ihmal bildirilen çocukların %91’inin kronik hastalığı olduğu saptanmıştır (44). Bu nedenle şiddetli kronik sağlık sorunları olan çocuklar daha yakın takip gerektirir (80). Astım, kistik fibroz, konjenital kalp hastalığı,

diyabet, kronik sakatlık, kanser gibi hastalıkların karmaşıklığı nedeni ile tedaviye uyumsuzluk görülebilir ve bunun sonucunda morbidite ve mortalite artabilir. Fibrozis, diyabet, galaktozemi, fenilketonüri ve obezite gibi yaşam tarzı ve diyetle ilgili daha karmaşık sorunların olumsuz etkileri yıllar içerisinde ortaya çıkabilir (17, 81). Sağlık sorunu olan çocukların ebeveynleri, süreci başarısız yönettiklerini pek kabul etmeseler de verilen randevulara uymamak, ilacın temin edilememesi veya doğru dozda kullanılmaması, tedavinin sorumluluğunun çocuğa bırakılması gibi ihmaller görülebilmektedir. Örneğin astımı olan bir çocuğun ebeveynlerinin önemsememesi nedeni ile sigara dumanına maruz kalması ve çocuğun hayvan tüyü alerjisi durumunda evcil hayvanın evden çıkarılmaması tıbbi ihmal kapsamında değerlendirilir (82).

Özel bakım gerektiren otizm spektrum bozukluğu, zihinsel engel ve down sendromu olan çocukların, özellikle disfaji, gastro-özofageal reflü, gecikmiş mide boşalması, kabızlık, hareketsizlik veya ilaçların olumsuz etkileri nedeniyle önemli beslenme güçlükleri yaşayabilen nörolojik bozukluğu olan çocukların ve serebral palsili çocukların tıbbi ihmal riski artmaktadır (9, 83, 84). Worley ve arkadaşlarının çalışmasında, uzmanlara serebral palsili çocukların ebeveynlerinin, çocuklarını besleme davranışlarına yönelik fikirleri sorulmuş ve çocuğu perkutan endoskopik gastrostomi yerine ısrarla ağızdan beslemeye çalışan ebeveynlerin yetersiz beslenmeye sebep olması, önerilen enteral beslemeye uymaması sonucu aspirasyon pnömonisi ve ölüm riskine sebep olmalarının tıbbi ihmal olarak ele alınması kanaatine varılmıştır (85).

Çocuğun engelli olması, ebeveynlerin sürekli bakım sorumluluğu ve mali yük sonucu tükenmesine, çocuğun sağlık ihtiyaçlarını karşılayamamalarına, tedavilerini aksatmalarına ve bunun sonucunda da çocuğun tıbbi ihmeline neden olabilir. Engelli çocukların işlevsel bozuklukları ebeveynlerin yükünü daha da artırır (65, 86, 87).

Çocuğun, yaşadığı kronik hastalık ve özel bakım gereksinimlerinin tıbbi ihmal ile sonuçlanmaması için, sosyal hizmet birimleri ve sağlık profesyonelleri tarafınca erken tespit edilmesi ve destek mekanizmalarının erken dönemde belirlenmesi önemlidir. Destek mekanizmalarının belirlenebilmesi noktasında her çocuğun gereksinimlerinin farklılığı göz önünde bulundurulmalıdır (5).

2.3.2. Aile ve Çevre Kaynaklı Etkenler

Aile yapısı; çocuğun aile içerisindeki statüsünü belirlemede önemlidir. Tek ebeveyn, bekâr ebeveyn, kalabalık aile veya çocuk sayısının fazla olması gibi faktörler

çocuğun tıbbi bakım gereksinimlerinin fark edilmemesine ve bunun sonucunda tıbbi ihmale neden olabilir (17). AlFarhan ve arkadaşlarının sundukları Suudi Arabistan örnekleminde, ihmal mağduru çocukların %39'u tıbbi ihmal mağduru iken aynı örnekleimde dört ve üzeri çocuğu olan ailelerde tıbbi ihmal oranı daha yüksek saptanmıştır (88). Kalabalık ailelerde iletişim ve etkileşim sorunları nedeni ile ebeveynler arasında şiddet de söz konusu olduğunda çocuğun sağlık ihtiyaçlarının ihmali söz konusu olabilmektedir (5, 17, 89).

Yoksulluk ve ekonomik zorluklar; çocuğun sağlıklı yaşam alanına, yeterli ve dengeli beslenme olanaklarına ve sağlık hizmetlerinden eksiksiz yararlanmasına engel olabilir. Özellikle kalabalık ailelerde, çocuğun kronik hastalıklarının veya özel bakım gereksiniminin olması daha çok finansal kaynak gerektirir. Ebeveynler gerekli durumlarda çocuğun sağlık bakım ihtiyaçlarına öncelik vermeli veya sosyal destek mekanizmalarını kullanmalıdır. Aksi durumda çocuğun tıbbi ihmali söz konusu olur (5, 82, 90). Yoksul aileler, sağlık sigortaları olsa bile; ilaç ödemeleri gibi ek maliyetleri ve karmaşık bakım süreci için gerekli olan tıbbi ekipman maliyetlerini karşılamada ve çocuklarının gerekli sağlık bakımını almalarını sağlamada zorlanabilirler. Bu nedenle tıbbi ihmal ayrımı noktasında çok dikkatli ve hassas olunmalıdır (17).

Ebeveynlerin yetersizliği ve destek eksikliği; çocuklarına karşı sorumluluklarını yerine getirememelerine neden olabilir. Ebeveynin engelli olması ve psikolojik rahatsızlığının veya gelişimsel yetersizliğinin olması durumlarında, kapasiteleri çocuklarının sağlık sorunlarını algılama ve gereken müdahaleyi yapma noktasında yetersiz kalır (5, 17). Ailenin akraba, arkadaş ve komşuları ile iletişiminin az olması sonucu toplumsal destek alması zordur ve artan ebeveyn stresi ile de tıbbi ihmal riski artmaktadır (89, 91).

Farkındalık, beceri ve bilgi eksikliği; ebeveynlerin sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile giderilebilir. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı arttıkça, tedavi ve ilaç uygulamalarını, sağlık profesyonellerinin öneri ve talimatlarını, onam formlarını ve sağlık bakım planlarını anlama kapasiteleri ve dolayısı ile çocuklarının da sağlık okuryazarlığı artar (92, 93). Sağlık okuryazarlığı, bireylerin, uygun sağlık kararları vermek için gereken temel sağlık bilgisini anlama ve kullanabilme kapasitesine sahip olma derecesidir. Sağlığın korunması ve tedavi sürecinin doğru yönetilebilmesi için oldukça önemlidir (94). Ebeveynlerin çocukları için uygun sağlık hizmetini belirleme ve yönetme konusunda

beceri ve bilgi eksikliklerinin olması da çocuğun tıbbi ihmaline neden olur. Sağlık profesyonellerinin, ebeveynleri bilgilendirerek tedavi sürecini doğru yönetebilmeleri noktasında desteklemeleri gerekir (5, 19).

Sigara kullanımı; gebelikten itibaren çocukları bazı hastalıklar için riskli hale getirir (95). Gebenin sigara kullanımı çocuğun iki yaşına kadar psikomotor gelişimini olumsuz etkilemektedir (96). Tanaka ve arkadaşlarının Japonya’da yürüttükleri çalışmada annenin hamilelik boyunca sigara içmesi çocuklarda artan hışıltılı solunum riski ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur (97). Ülkemizde tüm kapalı alanlarda sigara içmek yasaktır ancak hane içi bu yasak kapsamına girmemektedir (98). Topçu ve arkadaşlarının çalışmasında, ebeveynlerin neredeyse tamamının kamuya açık alanlarda çocuklarını da koruma amacı ile sigara içilmeyen bölümlerde oturmayı tercih ettikleri ancak aynı ebeveynlerin %51’inin ise eve gelen misafirlere evde sigara içmeleri için izin verdikleri saptanmıştır. Bu sigara dumanı maruziyeti ile çocuklarda prematürite, ani bebek ölüm sendromu ve solunum sistemi enfeksiyonları gibi sağlık sorunları gelişebilmektedir (99).

Alkol ve uyuşturucu madde kullanımı; ebeveynlerin çocuklarının ihtiyaçlarını anlamalarına ve karşılamalarına engel olabilir (17). Gebelikte uyuşturucu madde kullanımı, bebeği uzun vadede davranışsal, bilişsel ve gelişimsel olarak olumsuz etkiler ve çocuklarda öğrenme sorunları, odaklanma sorunları, konuşma dil sorunları görülebilir. Ayrıca yoksunluk belirtilerine, prematüriteye, büyüme gelişme geriliğine, yenidoğan döneminde ölüm veya ölü doğuma sebep olabilir (88, 100, 101). Bu ebeveynler çocuklarına karşı tahammülsüz ve cezalandırıcı olabilirler (87). Çocuklar ev ortamlarında alkol ve uyuşturucu madde bulunduğundan, maruziyet açısından da risk altında olabilirler (17). Ebeveynlerin madde bağımlılığının erken tespit edilmesi, bireysel farklılıklara göre kişiselleştirilmiş bakım ve aile merkezli stratejiler kullanılarak müdahale edilmesi önemlidir. Çocuğun ihmali önleyebilmek için ebeveynleri bağımlılığa iten sosyal ve bilişsel etkenleri tespit etmek, gebelikte ve sonrasında gerekirse kliniklere yerleştirilerek tedavi olmalarını sağlanmak önemlidir. Bu noktada temel hedef, aile güvenliğinin ve bütünlüğünün teşvik edildiği sosyal desteklerin sağlanabilmesidir (102).

Sağlık çalışanlarına güvensizlik; ebeveynlerin tedaviye inanç ve uyumlarını olumsuz etkiler. Bu güvenin sağlanabilmesi için sağlık çalışanları tarafından etkili bir iletişim kurularak ebeveynler her konuda bilgilendirilmeli ve sürece dâhil edilmelidir. Sosyal medya, televizyon veya çevredeki insanlardan edinilen bilgiler sağlık çalışanlarının

sunduğu bilgilerle farklılık gösterirse, ebeveynler güvensizlik yaşarlar ve çocukların sağlık bakım gereksinimlerini karşılarken tıbbi önerileri dikkate almazlar (5).

Kültürel ve dini inançlar; ebeveynlerin tıbbi tedavilere bakışlarını belirleyen bir faktördür. Özellikle muhafazakâr yapıya sahip toplumlarda ebeveynlerin dini ve felsefi inançları nedeni ile tıbbi tedaviyi reddettikleri görülebilir. Ancak bu toplumlarda bilinçsizlik nedeni ile ebeveyn ihmalı gibi konulara dokunulmaz (5, 69, 76). Örneğin kültürel ve dini nedenlerle vegan beslenen dini toplumlarda çocuklarda protein kalorili yetersiz beslenme, demir ve B12 vitamini eksikliği anemisi, raşitizm, çinko eksikliği ve çoklu tekrarlayan enfeksiyonlar görülmüştür. Ebeveynlerin çocuklarına ciddi zararlar veren bu diyeti değiştirmeyi reddetmesi veya takviye yoluyla giderilmesini kabul etmemesi tıbbi ihmaldir (9).

Bakıma erişememek; birçok faktöre bağlıdır. Ebeveynlerin coğrafi uzaklık, ulaşım sorunları yaşamaları ve ekonomik zorluklar nedeni ile çocuklarının yeterli sağlık hizmeti alamaması çocuğun sağlığını riske sokar. Burada çocukların ayrımcılığa uğramadan, herkesle eşit haklarda, ekonomik, kaliteli ve kabul edilebilir sağlık hizmetine erişebilmeleri, devlet politikaları ile desteklenmelidir. Mevcut devlet politikaları ile belirlenen destek mekanizmalarını kullanmak için talepte bulunmak ise ebeveynin sorumluluğundadır (5, 103, 104).

Çevre; çocuğun ailesi ile yaşamını idame ettirdiği ev, eğitim aldığı okul, coğrafi konum ve toplumu ifade eder. Barınma sıkıntısı yaşayan, kısıtlı, dağınık ve kötü konut imkânları ve sağlıksız çevre, çocuğun sağlığının ebeveynleri tarafınca ihmaline neden olabilir (78, 82). Fiziksel olarak güvensiz ve dağınık barınma koşulları, hijyen eksikliği, bulaşıcı hastalıklara ve enfeksiyon hastalıklarına sebep olabilir. Yine küf, ev tozu ve alerjenler, astıma ve birçok sağlık sorununa neden olabilir (105).

Okul çağındaki çocuklar zamanlarının çoğunu öğretmen ve okul personellerinin gözetiminde geçirirler. Bu sayede okul çalışanları, çocuğun ailesinin tıbbi ihmalini tespit edebilir, aileleri bilinçlendirebilir, destek mekanizmalarına ulaşmalarını sağlayabilir, önerilen tıbbi tedavilerin okulda devamını destekleyebilir ve gerekli gördüğü durumlarda çocuğun zararına sebebiyet veren ebeveyn uygulamalarının bildirimini yapabilir. Çocuğun tedavisinin okulda devamı için ebeveynlerin okul yetkililerini bilgilendirme sorumluluğu vardır (17).

Geleneksel uygulamalar; bilimsel dayanağı olmayan ancak toplumda yerleşik olan uygulamalardır ve bazı durumlarda çocuğun sağlığını riski sokabilir. Celasin ve arkadaşlarının çalışmasında, ülkemizin doğu bölgesinde ebeveynlerin bebek bakımı sürecinde zararlı geleneksel uygulamalara daha yatkın oldukları saptamıştır (106). Her ülke ve toplulukta farklı olmakla birlikte ülkemizde, bebek tuzlama, çeşitli bitkisel karışımlarla çocukların vücut bakımlarının yapılması, sarılık uygulamaları, ilk emzirme zamanı uygulamaları gibi gelenekselleşmiş uygulamalar bulunmaktadır (107).

2.3.3. Sağlık Profesyonelleri Kaynaklı Etkenler

Farklı kültürlerin ve değerlerin anlaşılabilmesi, etik yaklaşımlardaki ve kişisel becerilerdeki farklılıklar, sağlık profesyonellerinin çocuklarla ve ebeveynleri ile etkili ve doğru iletişim kuramamalarına sebep olabilmektedir. Yaşanılan toplumun kültürel yapısı, coğrafi konum, eğitim durumu, kişilik yapısı ve inançlar kişisel değerlere direkt etki etmektedir. Sağlık çalışanları bu farklılıklara önyargılı yaklaşır, zamanında ve doğru algılayamaz ise ebeveynlerin çocuklarının sağlığını ihmal etmelerinde etken olabilirler (5, 108-110).

Hasta merkezli bakım sunumunda sağlık iletişimi içerikli çalışmalar genel olarak yetişkin hastalar ve sağlık çalışanları arasındaki klinik etkileşimlere odaklanmaktadır. Hasta çocuk, ebeveyn ve sağlık profesyonelleri arasındaki üçlü ilişkiye dair çok az şey bilinmektedir. Literatür incelendiğinde bu üçlü iletişimde çocukların katılımının eksik kaldığı görülmektedir. Sağlık profesyonelleri, çocukların tedavi sürecine katılımlarını sağlamazsa tedavinin devamlılığı riske girer (111).

Sağlık çalışanları hasta ve yakınları ile iletişim sırasında profesyonel bir tavır sergilemelidir. Ciddiyeti sağlayabilmek için uygun mekân, düzgün kıyafetler ve karşı tarafa güven verici kendinden emin bir beden dili gerekmektedir (112). Hastalara ve hasta yakınlarına bilgi verilirken tıbbi terminoloji kullanımından kaçınmak da anlaşılabilirliği, hekim, hemşire ve tüm sağlık meslek mensuplarına güveni ve tedaviye uyumu artırır (17, 111, 113, 114).

Sağlık meslek mensupları sağlık hizmeti sunarken kritik kararlar almak durumunda kalabilirler. Başkalarının hayatlarına dair sorumluluk almak, riskli kararlar vermek, hastayı fiziksel ve duygusal olarak iyi analiz etmeyi gerektirir. Bu karar alınırken hastanın menfaatini ön planda tutarak etik ilke ve değerler ışığında hareket etmek gerekmektedir (111, 115-117). Üstelik hastanın yaşı kendi sağlığı hakkında karar vermeye uygun

olmadığında, karar verici ebeveyndir ve sağlık profesyonelleri ise gerektiğinde ebeveynin görevlerini yerine getirme yeterliliğini denetlemek durumundadır. Sağlık çalışanları tıbbi ihmalin tanımını ve ayrımını yapamaz ise mesleki etik ilkeleri gereği, zarar vermeme ve yararlılık ilkeleri temelinde hastanın sağlığını koruma sorumluluğunu yerine getiremezler (5, 111, 118, 119).

2.4. Tıbbi İhmal Durumunda Sağlık Profesyonellerinin Rolü

Çocuk hastalar ile sağlık kuruluşlarında karşılan hekim ve hemşireler anamnez alırken ve fizik muayene yaparken dikkatli ve gözlemleyici olmalıdır. Büyüme gelişme persentil gerilikleri, obezite, aşı reddi, gecikmiş aşılar, ağız ve diş sağlığı sorunları hijyen eksikliği, tekrarlayan hastane yatışları ve tıbbi uyumsuzluklar genellikle göz ardı edilse de dikkatle değerlendirilmelidir (8-15). En ufak tıbbi ihmal şüphesinde, öncelikle ihmalin nedeni, tıbbi bakım alınmaması nedeni ile oluşabilecek zarar ve tıbbi bakım sağlansaydı elde edilecek yarar iyi analiz edilmelidir (14).

Tıbbi ihmal tanısını doğru koyabilmek için çocuk hasta ile karşılaşan sağlık profesyonelleri konu hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıdır. Ayrıca sahip olunan bu bilgilerin düzenlenecek eğitimlerle diğer meslektaşlara aktarımı ile çocuğun tıbbi ihmalden korunması sağlanabilir (5, 87).

Hekim ve hemşirelerin çocuğa kötü muamele durumlarında, çocuk istismar ve ihmalinin tespiti noktasında, etik, ahlaki ve hukuksal bağlamda sorumlulukları mevcuttur. Bu sorumluluk bilinci ile hareket edildiğinde erken müdahale ile çocuğun sağlığına net fayda sağlanabilir (5, 20-27).

Parmeter ve arkadaşlarının çalışmasında, beş yıllık süreçte Çocuk Koruma Birimine yönlendirilen vakaların %4,1'inde tıbbi ihmal olduğu tespit edilmiştir (120). Ciora ve arkadaşlarının bir yıllık süreçte hastaneye yatan 370 vaka üzerinde yaptıkları çalışmada ise tıbbi ihmal oranı %82 olarak saptanmıştır (121). Bu çalışmalardan da anlaşılabacağı gibi çocuğun tıbbi ihmali çok sık uygulanan bir kötü muamele olmasına rağmen, sinsidir, tespit edilmesi ve uygun müdahale edilmesi oldukça zordur ve hekim ve hemşireler tarafından tespit edilemez ise uzun süre devam edebilir (1, 3).

Çocuğun tıbbi ihmalinin söz konusu olabilmesi için, ebeveynlerin imkânları olmasına rağmen alınmamış bir sağlık hizmeti ve bunun çocuğun sağlığını olumsuz etkilemesi, çocuğa net faydası olan bir sağlık hizmetinin ebeveynler tarafınca reddi gibi

sorunlu davranışlar tespit edilmelidir. Burada önemli olan nokta, bu gibi durumlara tıbbi ihmal denilebilmesi için ebeveynlerin bu tıbbi tedavi önerisini anladığından emin olunmasının gerektiğidir (5). Sağlık profesyonelleri tıbbi ihmal belirtilerini ne kadar erken tespit ederse önlemede de o kadar başarılı olur. Ancak zamanında müdahale ile önlenemeyen tıbbi ihmal vakalarında ise sağlık profesyonelleri, çocuğun menfaatini ön planda tutarak tüm sorumluluklarını yerine getirmeli ve gerekli durumlarda ise yasal bildirim yapmalıdır (5, 19-27).

2.4.1. Tıbbi İhmalin Önlenmesinde İzlenecek Yol

Çocukların ebeveynleri tarafından tıbbi ihmale uğramadan tespit edilmesi oldukça önemlidir. Ebeveyn, çocuk, çevre ve sağlık hizmet sunumu kaynaklı tıbbi ihmal risklerinin iyi bilinmesi gerekir ve birinin dahi tespit edilmesi durumunda tıbbi ihmalin oluşmasını önleyici tüm tedbirler alınmalıdır (5, 19).

Karar vericinin belirlenmesi ve onam alınması; çocuk hasta ile karşılaşan hekim ve hemşirenin öncelikli sorumluluğudur. Çocuğun sağlığını etkileyecek kararlar alınırken ebeveynler ve çocuk ile sağlık profesyonelleri arasında fikir farklılıkları yaşanabilir. Bu noktada çocuğun yaşı ve karar verme kapasitesi değerlendirilerek karar verici doğru tespit edilmelidir (122). Çocuk hastalarda onay merciinin belirlenmesinde üç farklı yaklaşım bulunmaktadır. Bunların ilki yasal temsilcinin, ikincisi de ayırt etme gücü var ise çocuğun karar vermesi yönündedir. Üçüncü görüşte ise riskin az olduğu durumlarda çocuğun, çok olduğu durumlarda ebeveynin karar vermesi yönündedir (123).

Hekimler ve hemşireler çocuk hastalara işlem yapılacağı zaman karar vericiyi belirlemek için kanun ve yönetmelikler ışığında hareket etmelidir. Ülkemizde bu konuya açıklık getiren başlıca kanun ve yönetmelikler; 1219 numaralı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunu, 5013 sayılı kanunla yürürlüğe giren Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi ve Hasta Hakları Yönetmeliğidir (124-126).

1219 Sayılı Kanun 70. Madde

“Tabipler, dış tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evveleminde muvafakatını alırlar. Büyük ameliyei cerrahiyeler için bu muvafakatin

tahriri olması lazımdır (Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir)” (124).

5013 Sayılı Kanun 6.Madde

“Kanuna göre bir müdahaleye muvafakatini verme yeteneği bulunmayan bir küçüğe, sadece temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen makam, kişi veya kuruluşun izni ile müdahalede bulunabilir. Küçüğün görüşü, yaşı ve olgunluk derecesiyle orantılı bir şekilde, gittikçe daha belirleyici bir etken olarak göz önüne alınacaktır” (125).

Hasta Hakları Yönetmeliği 24. Madde

“Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz. Kanuni temsilcinin rızasının yeterli olduğu hallerde dahi, anlatılanları anlayabilecekleri ölçüde, küçük veya kısıtlı olan hastanın dinlenmesi suretiyle mümkün olduğu kadar bilgilendirme sürecine ve tedavisi ile ilgili alınacak kararlara katılımı sağlanır” (126).

Bu kanun ve yönetmeliklerde de görüldüğü gibi çocuğun sağlığı ile ilgili kararları almak her ne kadar ebeveynlerin sorumluluğuna verilmiş olsa da çocuğun yaşı ve bilişsel düzeyi dikkate alınarak aydınlatılması ve kararlara dâhil edilmesi gerekir (127).

Etkili iletişim kurmak; hasta çocuk ve ebeveynlerin tedaviyi anlamasını, aktif katılım sağlamalarını ve sağlık profesyonellerine güvenlerinin artmasını sağlar. İletişimde başarının sağlanabilmesi için her ne kadar yasal söz sahibi ebeveyn olsa da çocuğun da görüşmelere dâhil edilmesi gerekir. Bu iletişim sürecinde sağlık profesyonelleri hasta çocuk ve ebeveynlerin sahip oldukları tüm özelliklerini önyargısız olarak kabul etmeli, sözlü ve sözlü olmayan her türlü iletişim sürecinde herkese eşit bakış açısı ile yaklaşmalıdır (108-111, 128).

Çocuk ve ebeveynlere bilgilendirme ve eğitim; konunun uzmanı sağlık profesyonelleri tarafınca yapılmalıdır. Çocuğun sağlık sorunun ne olduğu, nasıl bir yol

izlenirse net fayda sağlanabileceği, ne gibi yaklaşımların çocuğun zararına yol açacağı uygun ve anlaşılır bir dille anlatılmalıdır. Yapılan çalışmalarda ebeveynlere yapılan bilgilendirmeler ve verilen eğitimler neticesinde, çocuğun yararına olacak tedavi ve uygulamaları reddeden ebeveynlerin kararlarını değiştirdikleri görülmektedir (129-131).

Tedaviyi planlayıp sürece katılımı sağlamak; sağlık profesyonellerinin tedavide başarıya ulaşmaları için önemli bir adımdır. Çocuk için en uygun ve kanıtlara dayalı tedaviyi aileye sunarak tedavi kararını birlikte belirlemek ve verilecek sorumluluklarla çocuk ve ebeveyni tüm bu sürece dâhil etmek, motive olmalarını ve tedaviye uyumlarını sağlar (8, 19, 111).

Çocuğun zarar görme riskini göz önünde bulundurmak; daha zarar ortaya çıkmadan sağlık profesyonellerince önlenmesini sağlar. Ebeveyn davranışlarının iyi değerlendirilmesi bu noktada önemlidir. Çocuğa net faydası olacak bir tedavi ya da işleme ebeveynin onay vermemesi ve bunun sonucu çocuğun muhtemel zararına yol açması tıbbi ihmalin tanı kriterlerindendir. Bu durumun erken fark edilmesi tıbbi ihmalin önlenmesi noktasında önemlidir (17, 19).

Uyumsuzluğun tanımlanması ve giderilmesi; klinik hedeflere ulaşmayı, bu sayede de morbidite ve mortalitenin azalmasını sağlar (93). Hasta ve aile merkezli bakım, onları yargılamamayı ve bakış açılarını anlamayı içerir. Ailenin değerleri, manevi inançları, kültürel uygulamaları, tıbbi olmayan alternatif sağlık uygulamalarına bakışları veya daha önceki sağlık hizmeti deneyimleri, çocuğun sağlığına ve refahına zarar verebilecek sağlık bakım tercihlerine yol açabilir (19, 132-134). Uyumsuzluğun aşılamadığı durumlarda diğer sağlık meslek grupları ile irtibata geçilerek multidisipliner bir yaklaşım sergilenmelidir. Farklı görüşler sayesinde uyumsuzluk tespit edilerek çözümler üretilebilir (19).

Kayıt tutmak; sağlık profesyonellerinin yasal olarak sorumluluklarını yerine getirdiklerini belgelemenin yanında, hastalık süreci hakkında bilgi kayıplarının önlenmesi ve tedavinin devamlılığının sağlanabilmesi noktalarında önemlidir. Ebeveynlerden alınan anamnez, yapılan tüm görüşmeler, alınan onamlar, tanılar, tetkikler, müdahaleler, öneriler ve verilen eğitimler gibi tüm süreç kayıt altına alınmalıdır ve ebeveynler ile de paylaşılmalıdır. Kayıtlarda objektif olunması gerekmektedir (19, 135).

Destek mekanizmalarını belirleyerek ebeveynleri yönlendirmek; tıbbi ihmal tanı kriterlerinden olan sağlık hizmetine erişim olanaklarının kullanılmamasının önüne geçilmesini sağlar. Sağlık profesyonelleri, hamilelik dönemi de dâhil olmak üzere, tıbbi

ihmale etken olabilecek ebeveyn ve çevre faktörlerini iyi analiz etmeli, kısa sürede destekleyici çözüm önerileri sunabilmelidir. Çocuk henüz gelişimsel sürecini tamamlamamış olduğundan çocuğun sağlıkla ilgili konularda korunması devlet sorumluluğundadır ve bu konuda hassas politikalar gerekmektedir (136). Kronik hastalığı olan veya özel bakım gereksinimi olan çocukların ebeveynleri için sosyal destek mekanizmaları belirlenmelidir. Evde bakım hizmetleri, sağlık kurumlarına ulaşım hizmetleri, maddi destek sistemleri, danışmanlık merkezleri, rehabilitasyon merkezleri ve dernekler bu destek mekanizmalarına örnek olarak verilebilir (5, 91, 137).

2.4.2. Tıbbi İhmalde Sağlık Profesyonellerinin Sorumlulukları

Sağlık profesyonelleri, hastaneye veya sağlık kuruluşuna başvuran çocuk hastalarda, etkili iletişim yöntemlerini kullanarak anemnez almalı, muayene yapmalı ve objektif bir şekilde gözlemleyici olmalıdır. Tüm olumsuz sağlık bulgularını, gecikmiş kontrol ve randevuları, tıbbi uyumsuzlukları ve tekrarlayan hastane yatışlarını değerlendirirken, ebeveynlerin çocuklarına tıbbi ihmal uygulayabileceği ihtimalini akılda bulundurmak gerekir (8-15). Tıbbi ihmali tespit edebilmek için konu hakkında yeterli bilgiye sahip olunması gerekir ki bu da sürekli mesleki eğitimlerle mümkündür. Sağlık profesyonelleri alacakları eğitimlerle konu hakkında kendilerini geliştirmeli ve görev alacakları yeni eğitim programları ile bilginin diğer meslek üyelerine aktarımını sağlamalıdır (5, 87).

Sağlık profesyonelleri tıbbi ihmal konusunda yeterli bilgiye sahipse ve bu tanıyı doğru koyabilmiş ise en kısa sürede etik ve yasal sorumluluklarını yerine getirmelidir. Bu süreçte tüm sağlık meslek gruplarının, sosyal hizmet birimlerinin ve kolluk kuvvetlerinin birlikte hareket etmesi gerekir (17, 138). Öncelikli hedef çocuk odaklı müdahaleler olmalıdır. Ebeveynlerin çocuklarını ihmal etme nedenleri tespit edilmeli ve cezalandırıcı bir yaklaşım sergilemektense sorunu ortadan kaldırarak, çocuğun ebeveynleri ile aile ortamında kalması alternatifi üzerinde durulmalıdır (139). Ancak tüm desteklerin sağlanmasına rağmen aile çocuğun tıbbi gereksinimlerini ihmale devam ediyor ise artık çocuğun o aile ortamından çıkarılması dahi gerekebilir (17, 139).

Sağlık profesyonelleri tıbbi ihmal tanısı koyduğunda öncelikle multidisipliner bir ortamda çocuğun mevcut sağlık durumunu değerlendirip gerekli acil tıbbi desteği sağlamalı sonrasında ise yasal olarak bildirim yapmalıdır (20, 27). Ülkemizde sağlık profesyonellerinin çocuğun istismar ve ihmali durumlarında ihbar yükümlülüğü vardır.

Özellikle TCK'da ve Çocuk Koruma Kanunu'nda bu sorumluluğu net olarak ortaya koyan maddeler mevcuttur.

TCK 278. Madde, Suçu bildirmeme

“İşlenmekte olan bir suçu yetkili makamlara bildirmeyen kişi, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Mağdurun on beş yaşını bitirmemiş bir çocuk, bedensel veya ruhsal bakımdan engelli olan ya da hamileliği nedeniyle kendisini savunamayacak durumda bulunan kimse olması halinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza, yarı oranında artırılır” (26).

TCK 279. Madde, Kamu Görevlisinin Suçu Bildirmemesi

“Kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini göreviyle bağlantılı olarak öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır” (26).

TCK 280. Madde, Sağlık Mesleği Mensuplarının Suçu Bildirmemesi

“(1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır” (26).

Çocuk Koruma Kanunu 6. Madde

“(1) Adli ve idarî merciler, kolluk görevlileri, sağlık ve eğitim kuruluşları, sivil toplum kuruluşları, korunma ihtiyacı olan çocuğu Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumuna (SHÇEK) bildirmekle yükümlüdür. Çocuk ile çocuğun bakımından sorumlu kimseler çocuğun korunma altına alınması amacıyla SHÇEK'ya başvurabilir.

(2) SHÇEK kendisine bildirilen olaylarla ilgili olarak gerekli araştırmayı derhal yapar” (24).

Yasal bildirim yapıldığında ebeveynlerin durumun ciddiyetini daha iyi anlayarak gerekli tıbbi bakımı sağlayacakları umulur. Ancak ihmalin tekrarını gösteren vakaların varlığı nedeni ile ebeveynlerin davranışları ve çocuğun sağlık durumu yakinen takip edilmelidir (50). Gereken müdahalelerin zamanında yapılmaması neticesinde çocuğun tıbbi ihmalinin uzun dönem süreceği, morbidite ve mortaliteye sebep olabileceği unutulmamalıdır (1, 3, 93).

2.4.3. Tıbbi İhmalde Hemşirelerin Sorumlulukları

Hemşireler, doğumdan itibaren ergenlik sonuna kadar çocuğun büyüme gelişme durumu ve sağlığında normalden sapma olup olmadığını saptamak, çocuğu hastalıklardan korumak, hasta olan çocuğu ve ailesini bakım süreci konusunda bilgilendirmek, eğitmek, sürece dâhil etmek, danışmanlık hizmeti sunmak, diğer meslek gruplarını çocuğun durumu hakkında bilgilendirmek, saptanan sorunların çözümü noktasında destek birim ve mekanizmaları kullanarak sağlık hizmeti sunmakla yükümlüdürler (140). Hemşirelerin bu görevleri Hemşirelik Yönetmeliğinin Ek 2 kısmında açık ve net olarak belirtilmektedir (141).

Hemşireler, çocuğun bakım sürecini ve ailenin yaşamını etkileyecek kritik kararlar almak durumunda kalabilirler ve bu kararları; yararlı olma, zarar vermeme, otonomi /özerklik, adalet, gizlilik ve dürüstlük etik ilkeleri doğrultusunda almalıdırlar. Söz konusu çocuk olduğundan hemşirelik bakım sürecinin aile merkezli olması, ancak ailenin ihmalinden şüphelenilmesi durumunda ise çocuğun menfaatinin ön planda tutulması gerekir (142).

Sağlık kurum ve kuruluşlarında çocuk hastalara temas eden hemşirelerin süreci doğru yönetebilmeleri için öncelikle çocuk hakları ve hasta çocuk hakları konularında bilgi eksiklikleri giderilmelidir. Hemşirelerin meslek icrası sırasında etik ikilem yaşamamaları ve doğru kararlar alabilmeleri için lisans eğitimleri sırasında, çalışma hayatında hizmet içi eğitimlerde, bilimsel toplantılarda ve kendilerinin yapacakları araştırmalarda bu konudaki bilgi eksikliklerini gidermeleri gerekir (143, 144).

Hemşireler, çocuğun ebeveynleri tarafından tıbbi ihmale uğradığını tespit edebilme noktasında, sağlık hizmeti sunumu sürecinde aile ve çocukla uzun süreli diyaloglar kurduklarından avantajlı durumdadırlar. Ancak bu tanının konulabilmesi için tıbbi ihmal tanı kriterlerinin bilinmesi gerekir ki bu da konu hakkında eğitimlerle sağlanabilir (5, 17, 87). Hemşireler, ebeveynlerin çocuğa karşı işledikleri tıbbi ihmal suçunu tespit ederlerse

oluşabilecek zararı en aza indirmek için etik ve yasal sorumluluklarını yerine getirerek, diğeri meslek mensuplarına, idari birimlere, sosyal hizmetlere ve kolluk kuvvetlere bildirim yapmakla yükümlüdür (17, 138).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, hemşirelerin çocuğun tıbbi ihmali konusunda bilgi ve farkındalıklarını belirleyecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirmek amacı ile metodolojik olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Kasım 2022-Aralık 2023 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi'nde çocuk hastaların yatırılarak veya ayaktan tetkik ve tedavi edildiği tüm klinik ve polikliniklerde çalışan hemşirelerle gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma, KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi'nde görevli toplam 803 hemşireden, çocuk hastaların sağlık hizmeti aldıkları tüm klinik ve polikliniklerde çalışmakta olan toplam 530 hemşire ile yapılmıştır. Öncelikle yüzey ve kapsam geçerliliği tamamlanan ölçek pilot uygulama için 30 kişilik bir örneklem grubuna uygulatılmış ve sonrasında yapı geçerliliğine geçilmiştir. Ölçek geliştirme çalışmaları ile ilgili literatürde, ölçek geliştirme sürecinde örneklem büyüklüğünün madde sayısının en az beş katı olması gerektiği genel bir kural olarak görülmektedir (145). Aynı zamanda örneklem büyüklüğü olarak $n=50$ çok zayıf, $n=100$ zayıf, $n=200$ orta, $n=300$ iyi, $n=500$ çok iyi, $n=1000$ ise mükemmel olarak nitelendirilir (145-147). Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde, Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) için taslak ölçekteki madde sayısı (56 madde) göz önünde bulundurularak her bir maddenin en az beş katı olacak şekilde 300 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır. AFA analizi sonrasında ise kalan madde sayısı (25 madde) dikkate alınarak Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) için 200 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır. Geçerlik ve güvenirlik kapsamında yürütülen test-tekrar test değerlendirmesi için literatür önerileri doğrultusunda, basit rastgele yöntemle seçilen 30 hemşireye ilk ölçek uygulamasından 15 gün sonra ikinci uygulama yapılmıştır (148, 149).

3.4. Araştırmaya Kabul ve Kabul Edilmeme Ölçütleri

Araştırmaya KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi'nde çocuk hastaların yatırılarak veya ayaktan tetkik ve tedavi edildiği ameliyathane, yoğun bakım, klinik ve polikliniklerde çalışan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve onam

formunu onaylayan hemşireler dâhil edilmiştir. Çocuk hastalara bakım vermeyen hemşireler araştırmaya dâhil edilmemiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada yapılacak analizler için veriler; Kişisel Bilgi Formu ve Tıbbi İhmal Ölçeği (TİÖ) araçları ile toplanmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Bilgi Formu; hemşirelerin yaş, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, mesleki deneyim, çalışılan ünite ve ünite de çalışma yılı gibi sosyo-demografik özelliklerine ilişkin sekiz sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

3.5.2. Tıbbi İhmal Ölçeği (TİÖ) Taslağı

Çocuk hastalara hizmet sunan hemşireler için geliştirilen taslak Tıbbi İhmal Ölçeği (TİÖ) 56 maddeden oluşacak şekilde beşli likert tipte bir öz bildirim ölçeği olarak tasarlanmıştır. Ölçekteki ifadeler; 1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Kesinlikle Katılıyorum şeklinde puanlandırılmıştır. Taslak ölçek; tıbbi ihmal, etkenleri ve riskleri, çocukların; beslenme sorunları, kişisel hijyen ve büyüme gelişmesi, ebeveynlerin; sağlık hizmetini kullanma, tıbbi tedaviyi onaylama, tıbbi öneriye uyma, sağlığı riske atma ve tıbbi öneriyi anlama durumları gibi konuları içermektedir. Madde havuzunun oluşturulmasında, AAP tarafından geliştirilen tıbbi ihmalin teşhisi kriterlerinden ve yapılan literatür taramasından yararlanılmıştır (1, 3-9, 11, 12, 14, 16, 19, 40-49, 66-69, 77, 80-82, 121).

3.6. Veri Toplama Süreci

Araştırma, kurum ve etik kurul izinleri sonrası Kasım 2022 ile Şubat 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür. Bu kapsamda, ölçeğin geçerliğinin ve güvenilirliğinin sağlanması aşamaları için veri toplama süreçleri yürütülmüştür. Ölçek çocuk hastaların yatırılarak veya ayaktan tetkik ve tedavi edildiği ameliyathane, yoğun bakım, klinik ve polikliniklerde görevli hemşireler ile bire bir görüşme şeklinde uygulanmıştır. Uygulama öncesi hemşirelere bilgilendirme yapılarak onamları alınmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. TİÖ'nün geliştirme ve veri toplama süreçleri

Aşama	Tarih Aralığı	Süreç
Geçerliğin sağlanması	Kasım 2022-Mart 2023	Yüzey ve Kapsam Geçerliği Taslak TİÖ oluşturulması Akran değerlendirmesi (5 uzman hemşire) Türk Dil uzmanı görüşü alınması Uzman görüşü alınması (15 uzman) ve kapsam geçerlik analizi yapılması Pilot uygulama (30 hemşire) yapılması
		Yapı Geçerliği AFA kapsamında 300 hemşireye ölçek uygulatılarak analizlerin yapılması DFA kapsamında 200 hemşireye ölçek uygulatılarak analizlerin yapılması
Güvenirliğin sağlanması	Kasım 2023-Ocak 2023	Güvenirlilik analizlerinin yapılması ve ölçeğe 25 madde ile son halinin verilmesi Test tekrar test uygulatılarak (30 hemşireye) analizlerin yapılması
Raporlama	Kasım 2022-Şubat 2024	Analiz sonuçlarının raporlanması

3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırma genelinde uygulanacak olan analizler için SPSS 22.0 (IBM Corp., Armonk, NY) istatistik paket programı ve AMOS 21 (21.0 paket programı) programı kullanılmıştır. Bu programlar kullanılarak ölçeğin sırası ile yüzey ve kapsam geçerlikleri, normal dağılım testleri, yapı geçerliği, madde ayırt edicilik, güvenirlik ve zamana karşı tutarlılık testleri yapılmıştır (150-152).

Araştırmanın yüzey geçerliği için öncelikle oluşturulan madde havuzu akran ve Türk Dil Uzmanı değerlendirmelerine sunulmuştur. Sonrasında ise 15 uzmanın görüşleri alınarak kapsam geçerliği için Kapsam Geçerliği Oranı (KGO) ve Kapsam Geçerliği İndeksi (KGİ) hesaplanmıştır. Bu değerlendirme sonrasında 41 madde ile şekillenen taslak ölçek, pilot uygulama için 30 hemşireye uygulanmıştır.

Maddelerin normal dağılıma uygunlukları Skewness ve Kurtosis analizleri ile değerlendirilmiştir. Yapı geçerliği için AFA kapsamında; Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), Bartlett testi, varimax döndürme ve anti imaj testleri, temel bileşenler analizi, ortalama ve standart sapma gibi yöntemler kullanılmıştır. DFA kapsamında; Mardia Çok Değişkenli Normallik Testi (MVN), Düzeltilmiş Kikare İstatistiği (X^2/Sd), Uyum İndeksi (GFI),

Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI), Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA), Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (AGFI), Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI), Ortalama Açıklanan Varyans (AVE) ve Kompozit Güvenirliği (CR) yöntemleri kullanılmıştır.

Madde ayırt edicilik için %27 alt üst çeyreklik ortalamaları, bağımlı gruplarda t testi ve güvenilirlik analizleri için de Cronbach Alpha, Guttman Split-Half ve Spearman-Brown analizleri uygulanmıştır. Test tekrar test için bağımlı gruplarda t-testi ve Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (ICC) ve pearson korelasyon analizleri yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlıkları

Araştırma Trabzon ilindeki üniversite hastanesinde çalışmakta olan ve çocuk hastaların yatırılarak veya ayaktan tetkik ve tedavi edildiği alanlarda çalışan hemşirelerin değerlendirmeleri ile sınırlıdır.

3.9. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı

Araştırma, tez önerisinin KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 05.04.2022 tarih ve 68 sayılı Yönetim Kurulu toplantı kararı ile kabul edilmesinin ardından, kurumda çalışmakta olan hemşirelerle yürütülebilmesi için 09.06.2022 tarihinde KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi Başhekimlik Makamından yazılı izin alınmıştır (Ek 2). Etik kurul onayı 07.07.2022 tarihinde KTÜ Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafınca verilmiştir (Ek 3). Araştırmaya katılan hemşirelere “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” ile araştırmanın amacı açıklanarak onamları alınmıştır (Ek 4).

4. BULGULAR

4.1. Ölçeğin Geçerlik Bulguları

Araştırmada elde edilen maddelerin, ölçmek istenilen özelliğe ne kadar uygun olduğunu belirlemek amacı ile geçerlik çalışmaları yapılmıştır. Bunlar sırası ile yüzey, kapsam ve yapı geçerlik başlıklarında ele alınmıştır (153).

4.1.1. Ölçeğin Yüzey Geçerliliği

Araştırmada taslak ölçek, ulusal ve uluslararası literatür taramasıyla elde edilen madde havuzunda yapılan değerlendirme sonucu seçilen 56 soru ile oluşturulmuştur (1, 3-5, 6-9, 11, 12, 14, 16, 19, 40-49, 66-69, 77, 80-82, 121). Madde havuzunda; tıbbi ihmal, etkenleri ve riskleri, çocukların; beslenme sorunları, kişisel hijyen ve büyüme gelişmesi, ebeveynlerin; sağlık hizmetini kullanma, tıbbi tedaviyi onaylama, tıbbi öneriye uyma, sağlığı riske atma ve tıbbi öneriyi anlama durumları gibi konuları içeren maddeler yer almıştır.

Madde havuzu ile oluşturulan taslak ölçek öncelikle çocuk sağlığı alanında lisansüstü eğitim almış beş hemşireye akran değerlendirmesi için sunulmuş ve 12 maddede düzenleme yapılmıştır. Akran değerlendirmesi yapılan ölçek, anlaşılır olma ve Türk Dil kurallarına uygunluk açısından değerlendirilmek üzere Türk Dili ve Edebiyatı alanında uzman öğretim üyesine gönderilmiştir. Bu uzmanın önerileri doğrultusunda sekiz maddede Türk Dil kurallarına uygunluk açısından düzeltme yapılmıştır.

Bu düzeltmeler sonrası ölçek, uzman (20 kişi) görüşüne sunulmuş ve 15 uzmandan yanıt alınmıştır. Yüzey geçerlikle eş zamanlı olarak yürütülen kapsam geçerliliği ile de maddelerin konuya uygunluğu ve ölçme düzeyleri değerlendirilmiştir. Kapsam geçerlilik sonrası tekrar Türk Dil uzmanı tarafınca değerlendirilerek dil ve noktalama yanlışları giderilen ölçek, hemşirelere sunulmak üzere hazır hale gelmiştir.

Literatürde ölçek maddelerinin pilot uygulama kapsamında en az 30 kişilik bir örnekleme sunulması önerilmektedir (154). Bu maddelerin hemşirelerin özelliklerine uygun olup olmadığının belirlenebilmesi için KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi'nde çocuk hastaların yatırılarak veya ayaktan tetkik ve tedavi edildiği ameliyathane, yoğun bakım, klinik ve polikliniklerde görevli hemşirelerden seçilen 30 kişilik bir gruba pilot uygulama yapılmıştır. Yapılan pilot çalışmaya katılan 30 kişilik örneklemin Cronbach Alpha değeri 0.875 olarak bulunmuştur.

4.1.2. Ölçeğin Kapsam Geçerliliği

Akran değerlendirmesi sonrası düzeltmeler yapılan 56 maddelik taslak ölçek, çocuk sağlığı uzmanı hekimler ve çocuk sağlığı hemşireliği öğretim üyelerinden oluşan 20 kişiye ulaştırılmış ve 15 uzmandan sağlanan dönüşler neticesinde elde edilen verilerle kapsam geçerlilik değerlendirilmiştir. Uzmanlar ölçek maddelerini; “uygun”, “uygun ancak düzeltilmeli” (öneri yazılarak) ve “uygun değil” şeklinde değerlendirmiştir. Tüm maddeler için KGO hesaplanmış ve KGO değeri (KGÖ) tablosuna göre 0.49’un altında kalan 15 madde taslak ölçekten çıkarılmıştır (155). Kalan 41 maddenin KGO ortalama değeri ile elde edilen Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) ise 0.85 olarak bulunmuştur. KGİ >KGÖ olduğundan kalan 41 maddelik ölçeğin kapsam geçerliliği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

4.1.3. Ölçeğin Yapı Geçerliliği

4.1.3.1. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)

Açıklayıcı faktör analizi veri toplama sürecinde hemşirelerin demografik özelliklerine bakıldığında; yaş ortalamasının 31.75 ± 7.70 yıl, mesleki deneyim ortalamasının 9.58 ± 7.29 yıl ve mevcut birimlerinde çalışma süresi ortalamasının 6.41 ± 5.77 yıl olduğu görülmüştür. Hemşirelerin %79’u kadın, %54.3’ü evli, %45’i çocuk sahibi, %65.7’si lisans mezunu ve %8.3’ü de lisansüstü eğitilmiş idi.

Açıklayıcı faktör analizi için belirlenen 300 kişilik örnekleme 41 maddelik taslak ölçek yöneltilmiş ve elde edilen verilerle öncelikle ölçek maddelerinin normal dağılıma uygunluğu Skewness ve Kurtosis değerleri ile bakılmıştır (Tablo 2). Literatürde Skewness ve Kurtosis değerlerinin +1.5 ile -1.5 arasında (156) ve +2 ile -2 arasında (157) olmasının normal dağılımı gösterdiğine dair farklı kaynaklar bulunmaktadır. Yapılan değerlendirme neticesinde 41 maddenin tümünün normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir.

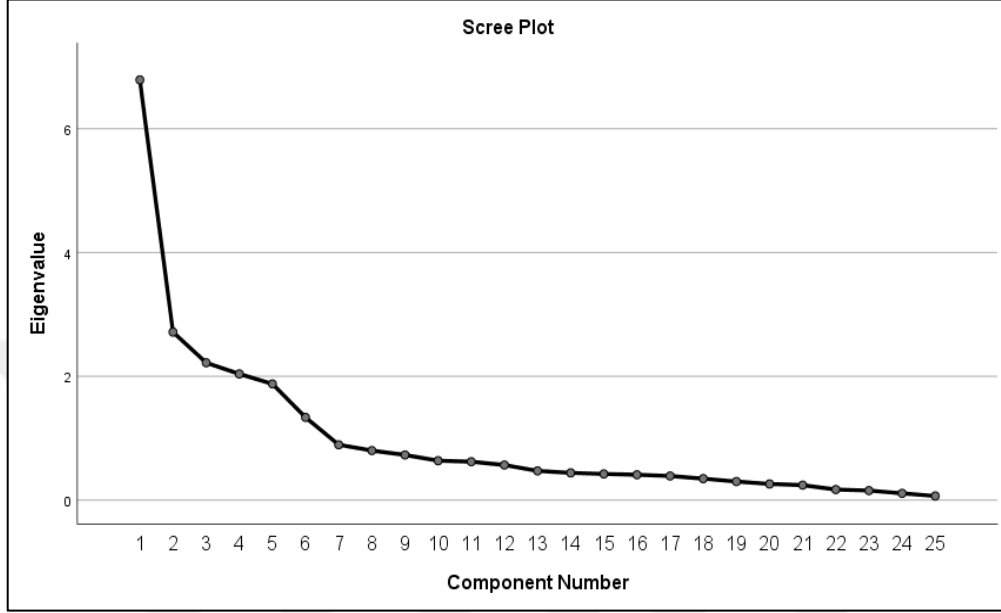
Tablo 2. TİÖ maddelerinin Skewness ve Kurtosis değerleri

Madde	Skewness	Kurtosis	Madde	Skewness	Kurtosis
M1	-0.547	0.252	M22	-1.005	1.496
M2	-0.133	-0.841	M23	-0.986	1.827
M3	-0.396	-0.672	M24	-1.025	1.961
M4	-0.798	0.658	M25	-0.519	-0.130
M5	-0.840	0.858	M26	-0.386	-0.092
M6	-0.867	0.890	M27	-0.479	-0.049
M7	-0.851	1.406	M28	-0.868	0.675
M8	-1.147	1.593	M29	-0.499	-0.292
M9	-1.116	1.905	M30	-0.724	0.089
M10	-1.334	1.238	M31	-0.962	1.014
M11	1.495	1.851	M32	-0.859	0.736
M12	-1.421	1.087	M33	-1.237	0.831
M13	-1.020	0.790	M34	-1.112	1.162
M14	-0.467	-0.304	M35	-1.049	0.072
M15	-1.196	1.422	M36	-0.291	-0.561
M16	-1.274	1.366	M37	-0.776	0.542
M17	-0.532	-0.297	M38	-0.914	0.297
M18	-0.849	0.856	M39	-0.994	0.622
M19	-0.820	-0.419	M40	-1.006	0.809
M20	-1.329	1.853	M41	-1.060	1.381
M21	-1.059	1.991			

Başlangıçta KMO (0.791) ve Bartlett testi ($X^2=6254.931$, $p=0.000$) değerlerine göre örneklem uygunluğu tespit edilen ölçek için AFA'ya geçilmiştir. AFA'da varimax döndürme yöntemi kullanılarak tekrarlayan döndürmeler uygulanmıştır. Bu analizler sonucu toplam 12 madde ölçekten çıkarılmış, kalan maddelerin güvenilirliğinin tespiti için Cronbach Alpha çalışılmış ve 0.867 bulunmuştur. Ancak literatür önerileri doğrultusunda korelasyon değeri 0.30 altında kalan dört madde (25, 26, 27, 28 numaralı maddeler) ölçekten çıkarılarak başa dönülmüş ve AFA tekrar çalışılmıştır (153).

Kalan 37 maddelik ölçekle tekrarlanan analizler sonucu KMO değeri 0.825, Bartlett testi $X^2=4254.007$, $p=0.000<0.05$ ve anti imaj değeri ise 0.681 ile 0.914 arasında bulunmuştur. Analiz sonucunda faktör yükü 0.50'nin altında kalan, binişik olan ve iki maddeli faktörde toplanan maddeler ölçekten tek tek çıkarılarak yapılan döndürme işlemleri sonrası sırası ile 37, 1, 14, 36, 19, 35, 4, 5, 2, 3, 34 ve 33 numaralı maddeler (12 madde) TİÖ'den çıkarılmıştır. Kalan maddelerin faktör yüklerinin 0.559 ile 0.974 arasında

değerler aldıkları bulunmuştur (Tablo 3). Uygulanan AFA analizi sonucunda TİÖ, 25 madde ve altı alt boyuttan oluşmuş ve ölçeğin yamaç grafiğinin de altı alt boyutla uyumlu olduğu görülmüştür (Şekil 1).



Şekil 1. TİÖ yamaç grafiği

Ölçeğin altı alt boyutu, toplam varyansı %67.891 oranında açıklarken, alt boyutlar sırası ile %27.154, %10.856, %8.877, %8.152, %7.507 ve %5.344 oranlarında açıklamaktadır. Ölçeğin alt boyutlarda öz değerler sırası ile 6.789, 2.714, 2.219, 2.038, 1.877, 1.336 olarak saptanmıştır (Tablo 3). Elde edilen altı alt boyut sırası ile “ebeveynin bebeğin sağlığını riske atma durumu”, “ebeveynin tıbbi tedaviyi onaylama durumu”, “ebeveynin tıbbi öneriye uyma durumu”, “ebeveynin sağlığı riske atma durumu”, “ebeveynin bakımı aksatma durumu” ve “ebeveynin sağlık hizmetini kullanma durumu” olarak isimlendirilmiştir.

Tablo 3. TİÖ alt boyut varyans oranları ve madde faktör yüklerinin dağılımı

Alt Boyutlar	Öz değer	Varyans %	Ort	SS	Faktör yükü
Ebeveynin Bebeğin Sağlığını Riske Atma Durumu	6.789	27.154	4.60	0.51	
M11 Gebelikte alkol kullanımı bebeğin tıbbi ihmali.			4.65	0.57	0.974
M12 Gebelikte madde kullanımı bebeğin tıbbi ihmali.			4.68	0.53	0.948
M10 Gebelikte sigara kullanımı bebeğin tıbbi ihmali.			4.61	0.59	0.928
M13 Gebelikte düzenli kontrollere gidilmemesi bebeğin tıbbi ihmali.			4.45	0.66	0.559
Ebeveynin Tıbbi Tedaviyi Onaylama Durumu	2.714	10.856	4.24	0.72	
M40 Ebeveynin hekim tarafından önerilen tıbbi tedaviyi reddetmesi tıbbi ihmali.			4.27	0.80	0.911
M41 Hekim/hemşire tarafından riskleri ve buna rağmen gerekliliği anlatılan invaziv işlemlere ebeveynlerin onay vermemesi tıbbi ihmali.			4.28	0.76	0.888
M39 Ebeveynin palyatif bakımı desteklememesi tıbbi ihmali.			4.14	0.91	0.850
M38 Ebeveynin çocuğuna önerilen aşıyı reddetmesi tıbbi ihmali.			4.27	0.80	0.834
Ebeveynin Tıbbi Öneriye Uyuma Durumu	2.219	8.877	4.27	0.53	
M21 Ebeveynin çocuğuna verilmesi gerekenden fazla dozda ilaç vermesi tıbbi ihmali.			4.42	0.65	0.855
M23 Hastalığından dolayı evde tıbbi cihaz kullanan çocukta cihazların rutin kalibrasyonunun yapılmaması tıbbi ihmali.			4.34	0.68	0.831
M22 Ebeveynin çocuğuna verilmesi gerekenden az dozda ilaç vermesi tıbbi ihmali değildir.			4.28	0.73	0.788
M24 Yatağa bağımlı çocuğun bakımı konusunda bilgilendirilmiş ebeveynin, iki saatte bir pozisyonunu değiştirmemesi tıbbi ihmali.			4.33	0.69	0.650
M29 Diyet önerilen çocuğun ısrarcı kilo verememesi tıbbi ihmali düşündürür.			4.00	0.82	0.582
Ebeveynin Sağlığı Riske Atma Durumu	2.038	8.152	4.22	0.59	
M17 Evde hastalık belirtileri artan çocuğun hastanede belirtilerinin azalması tıbbi ihmali düşündürür.			3.96	0.85	0.793
M15 Aile içi şiddet varlığında çocuk tıbbi ihmali riski taşır.			4.35	0.75	0.785
M18 Ailenin dengesiz yeme alışkanlıkları (vejetaryen, karbonhidrat ağırlıklı vb.) çocuğun tıbbi ihmaliinde etkendir.			4.04	0.80	0.776
M16 Yeni doğmuş bebeğin ilk emzirmesi için ailenin dini gerekçelerle bir süre beklemesi tıbbi ihmali değildir.			4.31	0.84	0.700
M20 Çocuğun istismarına dair bulgular tespit edilirse tıbbi ihmali riski dikkatle ele alınmalıdır.			4.46	0.70	0.603
Ebeveynin Bakımı Aksatma Durumu	1.877	7.507	4.08	0.60	
M7 Çocuklarda yetersiz ağız ve diş sağlığı tıbbi ihmali düşündürür.			4.05	0.71	0.834
M8 Çocuklarda yetersiz vücut temizliği (saç, deri, tırnak vb.) ihmali.			4.27	0.76	0.777
M6 Çocuklarda kilo gelişiminin normalin üstünde olması tıbbi ihmali düşündürür.			3.73	0.86	0.766
M9 Çocukların giydiği kıyafetlerin bakımsız ve kirli olması (ekonomik nedenler hariç) ihmali.			4.27	0.74	0.720
Ebeveynin Sağlık Hizmetini Kullanma Durumu	1.336	5.344	3.86	0.84	
M31 Acile getirilen çocukta üç günden fazla süren kusmanın ifade edilmesi tıbbi ihmali.			3.92	0.91	0.929
M32 Acile getirilen çocukta üç günden fazla süren ishalin ifade edilmesi tıbbi ihmali.			3.88	0.89	0.891
M30 Acile getirilen çocukta dört gündür süren yüksek ateşin ifade edilmesi tıbbi ihmali.			3.76	1.00	0.840
TOPLAM		67.891	4.23	0.39	

4.1.3.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

Doğrulayıcı faktör analizi veri toplama sürecinde hemşirelerin demografik özelliklerine bakıldığında; yaş ortalamasının 31.89 ± 7.59 yıl, mesleki tecrübe ortalamasının 9.42 ± 7.60 yıl ve mevcut birimlerinde çalışma süresi ortalamasının 6.08 ± 5.65 yıl olduğu görülmüştür. Hemşirelerin %82'si kadın, %51.5'i evli, %42.5'i çocuk sahibi, %63'ü lisans mezunu ve %8.5'i de lisansüstü eğitilmiş idi.

Doğrulayıcı faktör analizi için 200 hemşireye AFA sonucu elde edilen 25 maddelik ölçek uygulanmış ve veri setinde kayıp veri olmadığından emin olmak için kayıp veri analizi yapılmıştır. KMO değeri 0.812, Bartlett testi $X^2=2528.278$, $p=0.000<0.05$ ve anti imaj değeri ise 0.737 ile 0.922 arasında bulunmuştur. Gözlenen değişkenlerin çok değişkenli normal dağılıma uygunluğu Skewness ve Kurtosis değerleri ve Mardia Çok Değişkenli Normallik Testi (MVN) ile değerlendirilmiştir. Değişkenlerin Skewness değerleri +1.5 ile -1.5 arasında ve Kurtosis değerleri +2 ile -2 arasında bulunmuştur. MVN testinde ise p değeri $p>0.05$ olduğundan verilerin normal dağılıma uygun olduğu görülmüştür (Tablo 4).

Birinci ve ikinci derece DFA'da maksimum olabilirlik (Maksimum Likelihood=ML) yöntemi kullanılmıştır. ML'nin temel ilkesi, gözlenen kovaryans verilerinin popülasyondan alınmış olma olasılığını en üst düzeye çıkaran tahminleri bulmaktır (158). Büyük örneklem, sürekli gözlenen değişkenler, değişkenlerin çok değişkenli normal dağılıma sahip olması, eksiksiz veri ve spesifikasyon hatasının yayılma olasılığını ortadan kaldırmak için belirlenmiş bir modeldir (159). Birinci düzey DFA'da maddeler ve alt boyutlar arasındaki ilişki betimlenir. İkinci düzey DFA için birinci düzeyde en az üç faktör olmalıdır. Bu sayede ölçeğin genel yapısı ile alt boyutlar arasındaki ilişki betimlenir (158, 160).

Birinci düzey DFA analizi sonucunda, altı faktörlü modelin alt boyutlarının faktör yüklerine bakıldığında; ebeveynin bebeğin sağlığını riske atma durumu alt boyutunda 0.543-0.910, ebeveynin tıbbi tedaviyi onaylama durumu alt boyutunda 0.617-0.855, ebeveynin tıbbi öneriye uyma durumu alt boyutunda 0.418-0.892, ebeveynin sağlığı riske atma durumu alt boyutunda 0.470-0.662, ebeveynin bakımı aksatma durumu alt boyutunda 0.451-0.730 ve ebeveynin sağlık hizmetini kullanma durumu alt boyutunda ise 0.689-0.953 arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 4) (Şekil 2). Birinci düzey DFA sonucunda uyum

indeksleri; $X^2/Sd=1.516$, $RMSEA=0.051$, $CFI=0.953$, $NFI=0.901$, $GFI=0.911$ ve $AGFI=0.863$ olarak saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 4. TİÖ'nün birinci düzey çok faktörlü DFA analizi sonucu elde edilen faktör yükleri ve normal dağılım uygunluğu

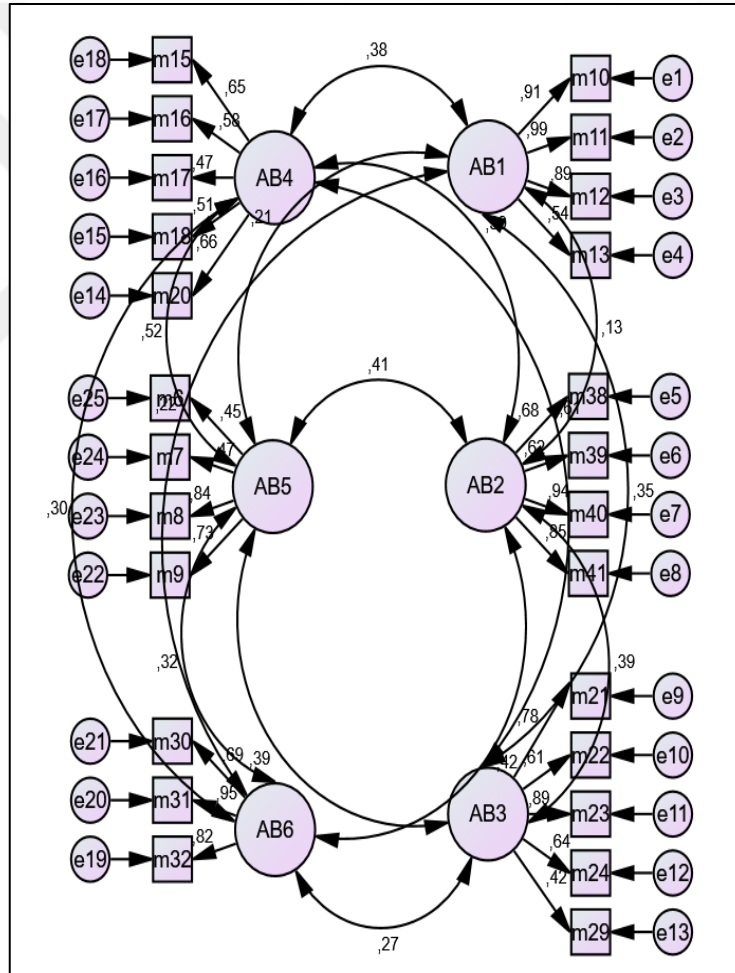
Alt Boyutlar	Madde	Faktör Yükleri	MVN Test	Skewness	Kurtosis
Ebeveynin Bebeğin Sağlığını Riske Atma Durumu	M10	0.910	$\chi^2: 2.289$ $p=0.241$	-1.327	1.197
	M11	0.985		-1.487	1.801
	M12	0.895		-1.414	1.049
	M13	0.543		-1.015	0.757
Ebeveynin Tıbbi Tedaviyi Onaylama Durumu	M38	0.770		-.909	0.273
	M39	0.617		-.989	0.592
	M40	0.942		-1.001	0.776
	M41	0.855		-1.055	1.339
Ebeveynin Tıbbi Öneriye Uyma Durumu	M21	0.777		-1.054	1.938
	M22	0.610		-1.000	1.451
	M23	0.892		-.981	1.777
	M24	0.636		-1.020	1.908
	M29	0.418		-.497	-0.307
Ebeveynin Sağlığı Riske Atma Durumu	M15	0.651		-1.190	1.379
	M16	0.581		-1.267	1.324
	M17	0.470		-.529	-0.312
	M18	0.510		-.844	0.822
	M20	0.662		-1.322	1.803
Ebeveynin Bakımı Aksatma Durumu	M6	0.451		-.863	0.855
	M7	0.471		-.847	1.363
	M8	0.837		-1.141	1.547
Ebeveynin Sağlık Hizmetini Kullanma Durumu	M9	0.730		-1.110	1.853
	M30	0.689		-.720	0.067
	M31	0.953		-.958	0.977
	M32	0.821		-.855	0.704

MVN Test: Mardia Çok Değişkenli Normallik Testi

Tablo 5. TİÖ'nün birinci düzey çok faktörlü DFA analizi sonucunda elde edilen uyum iyiliği indeksleri

İndeks	Değerler	Mükemmel Uyum	İyi Uyum	Sonuç
X^2/Sd	1.516	0-3	3-5	Mükemmel Uyum
RMSEA	0.051	$0.00 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.10$	İyi Uyum
CFI	0.953	$0.95 \leq CFI \leq 1.00$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	Mükemmel Uyum
NFI	0.901	$0.95 \leq NFI \leq 1.00$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	İyi Uyum
GFI	0.911	$0.95 \leq GFI \leq 1.00$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	İyi Uyum
AGFI	0.863	$0.95 \leq AGFI \leq 1.00$	$0.85 \leq AGFI \leq 0.90$	İyi Uyum

X^2/Sd : Düzeltilmiş Kikare İstatistiği, RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü, CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, NFI: Normlaştırılmış Uyum İndeksi, GFI: Uyum İndeksi, AGFI: Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi



Şekil 2. TİÖ'nün birinci düzey çok faktörlü DFA modeli

İkinci düzey DFA analizi sonucunda, altı faktörlü modelin alt boyutlarının faktör yüklerine bakıldığında; ebeveynin bebeğin sağlığını riske atma durumu alt boyutunun

0.543-0.985, ebeveynin tıbbi tedaviyi onaylama durumu alt boyutunun 0.616-0.943, ebeveynin tıbbi öneriye uyma durumu alt boyutunun 0.419-0.885, ebeveynin sağlığı riske atma durumu alt boyutunun 0.487-0.690, ebeveynin bakımı aksatma durumu alt boyutunun 0.438-0.845 ve ebeveynin sağlık hizmetini kullanma durumu alt boyutunun ise 0.690-0.947 arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 6) (Şekil 3). İkinci düzey DFA sonucunda uyum indeksleri; $X^2/Sd=1.544$, $RMSEA=0.052$, $CFI=0.938$, $NFI=0.911$, $GFI=0.916$ ve $AGFI=0.872$ olarak saptanmıştır (Tablo 7).

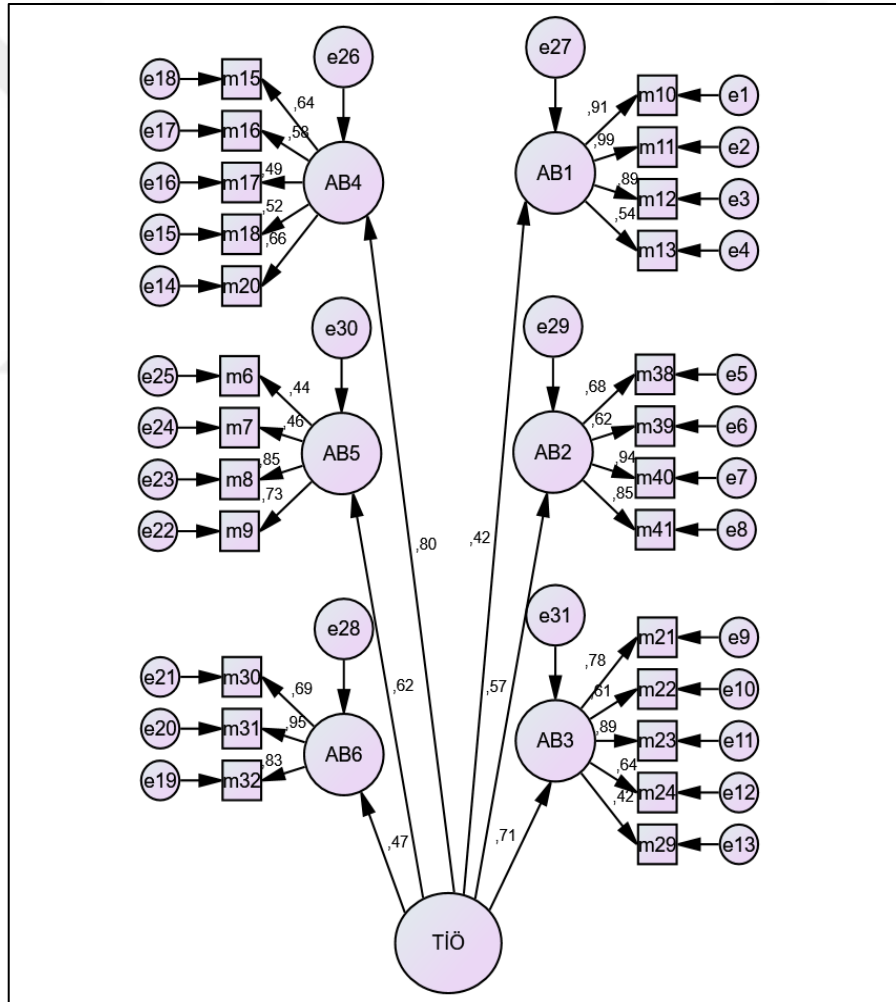
Tablo 6. TİÖ'nün ikinci düzey çok faktörlü DFA analizi sonucu elde edilen faktör yükleri

Alt Boyutlar	Madde	Faktör Yükleri
Ebeveynin Bebeğin Sağlığını Riske Atma Durumu	M10	0.910
	M11	0.985
	M12	0.895
	M13	0.543
Ebeveynin Tıbbi Tedaviyi Onaylama Durumu	M38	0.677
	M39	0.616
	M40	0.943
	M41	0.853
Ebeveynin Tıbbi Öneriye Uyma Durumu	M21	0.782
	M22	0.614
	M23	0.885
	M24	0.635
	M29	0.419
Ebeveynin Sağlığı Riske Atma Durumu	M15	0.645
	M16	0.576
	M17	0.487
	M18	0.520
	M20	0.656
Ebeveynin Bakımı Aksatma Durumu	M6	0.438
	M7	0.461
	M8	0.845
	M9	0.734
Ebeveynin Sağlık Hizmetini Kullanma Durumu	M30	0.690
	M31	0.947
	M32	0.827

Tablo 7. TİÖ'nün ikinci düzey çok faktörlü DFA analizi sonucunda elde edilen uyum iyiliği indeksleri

İndeks	Değerler	Mükemmel Uyum	İyi Uyum	Sonuç
X^2/Sd	1.544	0-3	3-5	Mükemmel Uyum
RMSEA	0.052	$0.00 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.10$	İyi Uyum
CFI	0.938	$0.95 \leq CFI \leq 1.00$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	İyi Uyum
NFI	0.911	$0.95 \leq NFI \leq 1.00$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	İyi Uyum
GFI	0.916	$0.95 \leq GFI \leq 1.00$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	İyi Uyum
AGFI	0.872	$0.95 \leq AGFI \leq 1.00$	$0.85 \leq AGFI \leq 0.90$	İyi Uyum

X^2/Sd : Düzeltilmiş Kikare İstatistiği, RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü, CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, NFI: Normlaştırılmış Uyum İndeksi, GFI: Uyum İndeksi, AGFI: Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi



Şekil 3. TİÖ'nün ikinci düzey çok faktörlü DFA modeli

4.1.3.3. Ölçeğin Yakınsak Geçerliliği

Doğrulayıcı faktör analizi örneklem verilerinin Kompozit Güvenilirlik (CR) ve Ortalama Açıklanan Varyans (AVE) değerleri ile değişkenlerin yapı geçerliliği test edilmiştir. Ölçek alt boyutlarının AVE değerlerinin 0.532 ile 0.712 arasında, CR değerlerinin ise 0.832 ile 0.936 arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. TİÖ'nün AVE ve CR değerleri

Alt Boyutlar	AVE	CR
Ebeveynin Bebeğin Sağlığını Riske Atma Durumu	0.661	0.912
Ebeveynin Tıbbi Tedaviyi Onaylama Durumu	0.592	0.894
Ebeveynin Tıbbi Öneriye Uyma Durumu	0.712	0.936
Ebeveynin Sağlığı Riske Atma Durumu	0.630	0.851
Ebeveynin Bakımı Aksatma Durumu	0.532	0.911
Ebeveynin Sağlık Hizmetini Kullanma Durumu	0.574	0.832

AVE: Ortalama Açıklanan Varyans, CR: Kompozit Güvenirliği

4.1.3.4. Ölçeğin %27 Alt Üst Madde Ayırt Edicilik Analizi

Ölçeğin alt üst %27 çeyreklik ortalamaları ile madde ayırt edicilik analizi sonucunda arada anlamlı fark olduğu görülmüştür ($t=29.154$; $p=0.000$). Ölçeğin alt boyutları değerlendirildiğinde, ebeveynin bebeğin sağlığını riske atma durumu ($t=10.487$), ebeveynin tıbbi tedaviyi onaylama durumu ($t=14.083$), ebeveynin tıbbi öneriye uyma durumu ($t=14.984$), ebeveynin sağlığı riske atma durumu ($t=12.732$), ebeveynin bakımı aksatma durumu ($t=10.417$) ve ebeveynin sağlık hizmetini kullanma durumu ($t=8.225$) alt boyutlarında da alt üst %27 çeyreklik kısımlar arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 9).

Tablo 9. TİÖ %27 alt üst madde ayırt edicilik analizi

Alt Boyutlar	%27 Üst		%27 Alt		t-test*
	ort.	ss	ort.	ss	
Ebeveynin Bebeğin Sağlığını Riske Atma Durumu	4.88	0.30	4.18	0.52	10.487
Ebeveynin Tıbbi Tedaviyi Onaylama Durumu	4.83	0.28	3.63	0.71	14.083
Ebeveynin Tıbbi Öneriye Uyma Durumu	4.75	0.31	3.84	0.44	14.984
Ebeveynin Sağlığı Riske Atma Durumu	4.66	0.34	3.68	0.60	12.732
Ebeveynin Bakımı Aksatma Durumu	4.52	0.42	3.62	0.66	10.417
Ebeveynin Sağlık Hizmetini Kullanma Durumu	4.33	0.68	3.34	0.85	8.225
Toplam	4.68	0.13	3.73	0.26	29.154

*p<0.001

4.2. Ölçeğin Güvenirlik Analizleri

Ölçeğin toplam ve alt boyutlarının AFA sonrası güvenirliliği Cronbach Alpha, Guttman Split-Half ve Spearman-Brown analizleri ile değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda ölçek toplam Cronbach Alpha güvenirlilik katsayısı 0.881 olarak saptanmıştır. Alt boyutlarda Cronbach Alpha katsayı değerleri; ebeveynin bebeğin sağlığını riske atma durumu alt boyutu 0.881, ebeveynin tıbbi tedaviyi onaylama durumu alt boyutu 0.896, ebeveynin tıbbi öneriye uyma durumu alt boyutu 0.791, ebeveynin sağlığı riske atma durumu alt boyutu 0.802, ebeveynin bakımı aksatma durumu alt boyutu 0.795 ve ebeveynin sağlık hizmetini kullanma durumu alt boyutu ise 0.873 olarak saptanmıştır. AFA sonrası Spearman-Brown değerleri toplamda 0.924 olup, alt boyutlarda 0.817 ile 0.928 arasında değerler almıştır. Guttman Split-Half değeri ise toplamda 0.923 ve alt boyutlarda 0.804 ile 0.909 arasında değerler almıştır (Tablo 10).

Ölçeğin DFA örnekleminin güvenirlilik analizleri için de Cronbach Alpha, Guttman Split-Half ve Spearman-Brown analizleri yapılmıştır. Değerlendirme sonrası ölçek toplam Cronbach Alpha güvenirlilik katsayısı 0.882 olarak saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alpha güvenirlilik katsayılarına bakıldığında; ebeveynin bebeğin sağlığını riske atma durumu alt boyutu 0.739, ebeveynin tıbbi tedaviyi onaylama durumu alt boyutu 0.746, ebeveynin tıbbi öneriye uyma durumu alt boyutu 0.808, ebeveynin sağlığı riske atma durumu alt boyutu 0.815, ebeveynin bakımı aksatma durumu alt boyutu 0.749 ve ebeveynin sağlık hizmetini kullanma durumu alt boyutu ise 0.725 olarak saptanmıştır. DFA sonrası Spearman-Brown değerleri toplamda 0.918 olup, alt boyutlarda 0.751 ile

0.903 arasında değerler almıştır. Guttman Split-Half değeri ise toplamda 0.917 ve alt boyutlarda 0.727 ile 0.881 arasında değerler almıştır (Tablo 10).

Tablo 10. TİÖ'nün güvenirlik analizi testleri

Alt Boyutlar	AFA Sonrası			DFA Sonrası		
	Cronbach Alpha	Spearman-Brown	Guttman Split-Half	Cronbach Alpha	Spearman-Brown	Guttman Split-Half
Ebeveynin Bebeğin Sağlığını Riske Atma Durumu	0.881	0.855	0.853	0.894	0.857	0.853
Ebeveynin Tıbbi Tedaviyi Onaylama Durumu	0.896	0.910	0.909	0.850	0.881	0.881
Ebeveynin Tıbbi Öneriye Uyma Durumu	0.791	0.817	0.778	0.781	0.781	0.751
Ebeveynin Sağlığı Riske Atma Durumu	0.802	0.829	0.804	0.713	0.751	0.727
Ebeveynin Bakımı Aksatma Durumu	0.795	0.834	0.832	0.704	0.795	0.793
Ebeveynin Sağlık Hizmetini Kullanma Durumu	0.873	0.928	0.833	0.853	0.903	0.803
Toplam	0.881	0.924	0.923	0.882	0.918	0.917

Ölçeğin AFA örnekleme için maddeler arası korelasyon değerlerine bakıldığında pozitif yönde ilişkiler olduğu görülmüş ve madde toplam korelasyon değerlerine bakıldığında ise 0.305 ile 0.566 arasında değerler aldığı saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutları ile toplam arasındaki korelasyonlara bakıldığında; ebeveynin bebeğin sağlığını riske atma durumu alt boyutu 0.567, ebeveynin tıbbi tedaviyi onaylama durumu alt boyutu 0.664, ebeveynin tıbbi öneriye uyma durumu alt boyutu 0.657, ebeveynin sağlığı riske atma durumu alt boyutu 0.721, ebeveynin bakımı aksatma durumu alt boyutu 0.629 ve ebeveynin sağlık hizmetini kullanma durumu alt boyutu ise 0.536 olarak saptanmıştır (Tablo 11).

Doğrulayıcı faktör analizi için maddeler arası korelasyon değerlerine bakıldığında ise pozitif yönde ilişkiler olduğu görülmüş ve madde toplam korelasyon değerlerine bakıldığında 0.343 ile 0.614 arasında değerler aldığı saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutları ile toplam arasındaki korelasyonlara bakıldığında; ebeveynin bebeğin sağlığını riske atma durumu alt boyutu 0.586, ebeveynin tıbbi tedaviyi onaylama durumu alt boyutu 0.674, ebeveynin tıbbi öneriye uyma durumu alt boyutu 0.735, ebeveynin sağlığı riske atma

durumu alt boyutu 0.733, ebeveynin bakımı aksatma durumu alt boyutu 0.631 ve ebeveynin sağlık hizmetini kullanma durumu alt boyutu ise 0.569 olarak saptanmıştır (Tablo 11).

Tablo 11. AFA ve DFA gruplarında TİÖ toplam ve alt boyut korelasyon değerleri

Alt Boyutlar		AFA		DFA	
		Ölçek toplam/alt boyut	Madde toplam	Ölçek toplam/alt boyut	Madde toplam
		r	r	r	r
Ebeveynin Bebeğin Sağlığını Riske Atma Durumu	M11		0.439		0.438
	M12	0.567	0.461	0.586	0.480
	M10		0.456		0.451
	M13		0.409		0.469
Ebeveynin Tıbbi Tedaviyi Onaylama Durumu	M40		0.566		0.581
	M41	0.664	0.521	0.674	0.535
	M38		0.555		0.517
	M39		0.450		0.397
Ebeveynin Tıbbi Öneriye Uyuma Durumu	M23		0.547		0.614
	M21		0.453		0.555
	M22	0.657	0.391	0.735	0.422
	M24		0.471		0.482
	M29		0.305		0.343
Ebeveynin Sağlığı Riske Atma Durumu	M15		0.511		0.461
	M18		0.475		0.400
	M17	0.721	0.452	0.733	0.383
	M16		0.452		0.428
	M20		0.509		0.522
Ebeveynin Bakımı Aksatma Durumu	M7		0.431		0.344
	M8	0.629	0.460	0.631	0.460
	M6		0.368		0.371
	M9		0.482		0.422
Ebeveynin Sağlık Hizmetini Kullanma Durumu	M31		0.462		0.492
	M32	0.536	0.390	0.569	0.443
	M30		0.355		0.395

4.2.1. Ölçeğin Test Tekrar Test Güvenirliği

Ölçeğin farklı zamanlarda uygulandığında değişmezliğinin değerlendirilebilmesi için test tekrar test analizi uygulanmıştır. Ölçek 30 hemşireye ilk uygulamadan üç hafta sonra tekrar uygulanmış, ilk test son test arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($r=0.987$; $p=0.000$). İki uygulamada elde edilen ölçek toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($t=0.460$; $p=0.649$). Yapılan analizde ölçeğin ICC değeri 0.933 olarak saptanmıştır (Tablo 12).

Tablo 12. TİÖ test tekrar test analiz sonuçları

Alt Boyutlar	Ön Test Ort±SS	Son Test Ort±SS	t	p	ICC
Ebeveynin Bebeğin Sağlığını Riske Atma Durumu	4.45±0.58	4.17±0.32	1.495	0.056	0.896
Ebeveynin Tıbbi Tedaviyi Onaylama Durumu	4.24±0.64	4.45±0.58	-1.235	0.227	0.821
Ebeveynin Tıbbi Öneriye Uyma Durumu	4.23±0.49	4.27±0.51	-0.434	0.667	0.913
Ebeveynin Sağlığı Riske Atma Durumu	4.02±0.59	4.20±0.45	-1.930	0.063	0.816
Ebeveynin Bakımı Aksatma Durumu	4.06±0.57	4.02±0.58	0.374	0.711	0.877
Ebeveynin Sağlık Hizmetini Kullanma Durumu	3.97±0.66	4.10±0.42	-1.085	0.287	0.809
Toplam	4.17±0.37	4.17±0.32	0.460	0.649	0.933

ICC: Intraclass Correlation Coefficient

4.3. Ölçeğin Nihai Yapısı ve Puanlaması

Araştırmada, tüm veri toplama ve analiz aşamaları sonucunda TİÖ 25 madde ve altı alt boyut ile şekillenmiştir (Ek 5). Ölçeğin alt boyutları; ebeveynin bebeğin sağlığını riske atma durumu (1, 2, 3, 4 numaralı sorular), ebeveynin tıbbi tedaviyi onaylama durumu (5, 6, 7, 8 numaralı sorular), ebeveynin tıbbi öneriye uyma durumu (9, 10, 11, 12, 13 numaralı sorular), ebeveynin sağlığı riske atma durumu (14, 15, 16, 17, 18 numaralı sorular), ebeveynin bakımı aksatma durumu (19, 20, 21, 22 numaralı sorular) ve ebeveynin sağlık hizmetini kullanma durumu (23, 22, 23 numaralı sorular) şeklinde isimlendirilmiştir (Tablo 13).

Tıbbi ihmal ölçeği, 5’li likert tipte bir ölçektir. Maddeler bir ile beş aralığında puanlandırma ile değerlendirilir. Ölçekteki iki madde (11. ve 17. maddeler) hariç tüm maddeler olumlu ifadelerden oluşmaktadır ve sırası ile 1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Kesinlikle Katılıyorum şeklinde puanlandırılmıştır. Ancak 11. ve 17. maddeler için ters puanlama yapılmıştır. Toplamda ve

alt boyutlarda elde edilen puanların yüksek olması, hemşirelerin çocuğun tıbbi ihmali hakkında bilgi ve farkındalık düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek ortalama puanlarının değerlendirme aralıklarına göre hemşirelerin konu hakkında bilgi ve farkındalık düzeyleri sırası ile 1.00-2.33 arasında düşük düzeyde, 2.34-3.66 arasında orta düzeyde ve 3.67-5.00 arasında yüksek düzeydedir.

Tablo 13. TİÖ alt boyut maddeleri ve puanlama

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Maddeler	Puan Aralığı
Ebeveynin Bebeğin Sağlığını Riske Atma Durumu	4	M1, M2, M3, M4	1-5
Ebeveynin Tıbbi Tedaviyi Onaylama Durumu	4	M5, M6, M7, M8	1-5
Ebeveynin Tıbbi Öneriye Uyma Durumu	5	M9, M10, M11*, M12, M13	1-5
Ebeveynin Sağlığı Riske Atma Durumu	5	M14, M15, M16, M17*, M18	1-5
Ebeveynin Bakımı Aksatma Durumu	4	M19, M20, M21, M22	1-5
Ebeveynin Sağlık Hizmetini Kullanma Durumu	3	M23, M24, M25	1-5

* Ters puanlama

5. TARTIŞMA

Tıbbi ihmal konulu çalışmalar incelendiğinde bu kavramın ülkemizde yeterince tanınmadığı ve yapılmış çalışmaların genellikle hekim odaklı ve derleme niteliğinde olduğu görülmüştür (3-5, 7, 10, 13, 15, 41-50). Konu ile ilgili herhangi bir benzer ölçek çalışmasına rastlanamamıştır. Literatür taramasına bakıldığında tıbbi ihmalin farklı şekillerde uygulandığı ve tespit edilebilmesi için konuya hâkim olunması, etkenlerin ve belirtilerin iyi bilinmesi gerektiği görülmektedir (1, 3-9, 11, 12, 14, 16, 19, 40-49, 66-69, 77, 80-82, 121). Çocukların bu ihmal türüne maruz kalmalarını engellemek için, hastalara ve ebeveynlerine sağlık hizmeti sunan hemşirelerin tıbbi ihmal kavramını bilmeleri ve tıbbi ihmal uygulayan ebeveynlerin ayrımını yapabilmeleri önemlidir. Tüm bunlardan hareketle hemşirelerin çocuğun tıbbi ihmali hakkında bilgi ve farkındalık düzeylerini belirleyebilmek amacı ile “Tıbbi İhmal Ölçeği” geliştirilmiştir. Bu sayede de çocukların optimum sağlık hizmeti almalarını desteklemek hedeflenmiştir. Ölçek geliştirme sürecindeki tüm bulgular; geçerlik bulgularının, güvenirlik bulgularının ve ölçeğin zamana karşı değişmezliğinin tartışılması ana başlıkları ile ele alınmıştır.

5.1. Ölçeğin Geçerlik Analizi Bulgularının Tartışılması

Ölçek madde havuzu ulusal ve uluslararası literatür incelemesi sonucu “Tıbbi İhmal” kavramını tanımlayan ve bu davranışı sergileyen ebeveynlerin durumlarını ifade eden 56 maddeden oluşturulmuştur. Yüzey geçerliliği kapsamında öneriler dikkate alınarak, madde havuzu; literatür önerileri doğrultusunda akran ve Türk Dili uzmanı değerlendirmesine sunulmuştur. Akranların önerileri ile 15 maddede konuya uygunluk ve anlaşılabilirlik, Türk Dil uzmanı önerileri ile de sekiz maddede dil kurallarına uygunluk ve anlaşılabilirlik yönünden düzeltmeler yapılmıştır (161, 162).

Kapsam geçerliliği ile ölçekteki maddelerin konu edilen yapıyı destekleme durumu ortaya koyulmuş ve bu kapsamda taslak ölçeğin, ebeveynlerin tıbbi ihmal uygulama durumlarını ne kadar ortaya koyduğu sorusuna cevap aranmıştır (161). Lawshe tekniğine ve Ayre ve Scally’e göre uzman sayısının beşten az ve 40’dan fazla olmaması gerekmektedir (148, 155, 163). Bu kapsamda ölçek geliştirme ve çocuk sağlığı hemşireliği alan uzmanlarından (15 kişi) elde edilen verilerle Lawshe tekniği kullanılarak, KGO değeri 0.49’un altında kalan 15 madde ölçekten çıkarılmış ve kalan 41 maddenin KGİ değeri 0.85 olarak hesaplanmıştır. KGİ>KGÖ olduğundan 41 maddelik ölçeğin kapsam geçerliliğinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve maddelerin ebeveynlerin tıbbi ihmal uygulama

durumlarını yeterli şekilde ifade ettiği belirlenmiştir (155). Kapsam geçerlilik sonrası düzenlenen 41 maddelik ölçek son bir kez daha Türk Dil uzmanı tarafınca değerlendirilerek dil ve noktalama yanlışları giderilmiştir.

Ölçeğin genel örnekleme uygulanmadan önce, okunurluk ve anlaşılabilirlik değerlendirmesi için örnekleme aynı özelliklere sahip ve örneklem sayısının %10'u kadar (30 kişilik) bir gruba pilot uygulama yapılması önerilmektedir (154, 162, 164). Pilot uygulamaya katılan 30 kişilik örneklemin verileri değerlendirildiğinde tüm sorular anlaşılır bulunduğu maddelerde değişiklik yapılmamıştır. Güvenirliliğe bakıldığında Cronbach Alpha değeri 0.875 bulunmuştur. Değerin 0.70 üzerinde olması ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir (153). Maddeler AFA örneklemine (300 kişi) uygulatılmış ve Skewness ve Kurtosis değerlerine göre maddelerin normal dağılıma uygun olduğu tespit edilmiş ve yapı geçerliliği aşamasına geçilmiştir (156, 157).

Yapı geçerliliği, ölçek değerlendirmesi sonucu elde edilen puanların ölçülmek istenen kavramı ne düzeyde ölçebildiğini ortaya koymak için yapılmaktadır. Araştırmada yapı geçerliliğini incelemek için faktör analizi yöntemleri kullanılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi ile ölçeğin faktör yapısı, doğrulayıcı faktör analizi ile de bu yapının doğrulanması önerilmektedir (161).

Açıklayıcı faktör analizine geçmeden önce örneklemin uygunluğunu değerlendirmek için öneriler doğrultusunda KMO ve Bartlett Küresellik Testi uygulanmıştır. KMO değeri 0 ile 1 arası değerler alır ve bu değerlerin birine yakın olması faktör analizine uygunluğu ifade etmektedir. KMO değerinin 0.5'den küçük olması durumunda faktör analizi uygulanmaz (165). Tabachnick ve Fidell'e göre KMO değeri 0.60'ın üzerinde olmalıdır. KMO değerinin 0,7 ile 0,8 arasındaki olması örneklem yeterliliğini orta, 0.80-0.9 arası olması ise iyi olarak tanımlar (147, 156). Bartlett testi sonucunun $p < 0.05$ olması örneklem verilerinin faktör analizine uygun olduğunu ve çok değişkenli normal dağılımda olduğunu ifade etmektedir (147, 166).

Analizler sonucu KMO değerinin ve Bartlett testi sonucunun anlamlı olduğu, örneklemin ve elde edilen verilerin faktör analizi için yeterli ve uygun olduğu tespit edilmiştir (147, 165, 166). Anti imaj korelasyon değeri 0.5 altında kalan maddelerin ölçekten çıkarılması önerilmektedir ve bu çalışmada en düşük korelasyon değeri 0.681 olduğundan tüm maddeler uygun olarak değerlendirilmiştir (167). Tüm bu testlerin sonucunda AFA uygulamasına geçilmiştir.

Ölçeğin faktör sayısı, özdeğer, varyans oranı ve yamaç grafiği ile değerlendirilir. Özdeğer faktörün açıkladığı toplam varyansı ifade eder, bir ve üzeri değer alan faktörler önemli olarak değerlendirilir ve alınır (153). Yamaç grafiğinde ise dik düşmeyi gösteren ve dikey yönde gelen çizginin yataya geçtiği değer ölçek faktör sayısını vermektedir (153, 165). Ölçek varyans değerinin %50-70 arasında olması yeterli görülmekte ve alt boyutlarda da varyans değerinin en az %5 olması beklenmektedir (168). Ölçekte özdeğeri 1.336 ile 6.789 arasında değişen altı faktör elde edilmiştir. Yamaç grafiğindeki altıncı faktörden sonraki kırılma bu yapıyı desteklemektedir. Ölçeğin toplam varyansı %67.891 ve en düşük faktör varyansı da %5.344 olarak bulunmuştur. Tüm bu verilerle ölçeğin altı faktörlü yapısı desteklennmiştir.

Açıklayıcı faktör analizinde faktörler arası ilişkinin düşük olduğu düşünüldüğünden yaygın olarak kullanılan dik döndürme yöntemi varimax kullanılmıştır (153, 161). Faktör yükünün 0.30-0.40 olması kabul edilebilir olarak değerlendirilirken, 0.50-0.70 olması uygun olduğunu, 0.70 üzeri olması ise ölçek yapısının iyi düzeyde açıklandığını göstermektedir (147). Araştırmada ölçek maddelerinin faktör yükleri 0.559'un üzerinde ve uygun olduğu bulunmuştur.

Doğrulayıcı faktör analizi, oluşturulmuş model aracılığıyla gözlenen değişkenlerden yola çıkarak önceden oluşturulmuş faktör yapısının doğrulanmasını amaçlar (168). Güvenirliği sağlanan 25 maddelik ölçek DFA için, kriterleri karşılayan 200 kişilik farklı bir örnekleme uygulanmıştır (145-147, 162). Veri setinde kayıp veriler analizin gücünü azaltacağından, DFA koşulu olan kayıp veri analizi ile kontrolü yapılmıştır (169). Yapılan analizler sonucu KMO değeri, Bartlett testi ve anti imaj korelasyon değerinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen verilerden örneklemin DFA için yeterli ve uygun olduğu değerlendirilmiştir (147, 165, 166). Skewness ve Kurtosis değerlerine göre normal dağılıma uygunluğu tespit edilen maddeler için MVN testi değerlendirilmiş ve $p > 0.05$ olduğundan verilerin normal dağılıma uygun olduğu görülmüştür (168, 170).

Yapılan AFA ile şekillenen TİÖ'nün geçerliği X^2/Sd , RMSEA, CFI, NFI GFI ve AGFI uyum indeksleri ile değerlendirilmiştir. DFA'da X^2/Sd , ki-karenin serbestlik derecesine bölünmesi ile elde edilir ve doğrulanması amaçlanan modelin yapıyı açıklama durumunu göstermektedir. Bu değer için altında olması mükemmel uyumu gösterir (152, 165). RMSEA yaklaşık hataların ortalama kareköküdür ve ölçek modelinin ana

kütledeki uyumunu ölçmede kullanılır. RMSEA değerinin 0.05'den küçük olması mükemmel, 0.05 ile 0.08 arasında olması ise iyi uyumu ifade etmektedir (152, 168, 169). Karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI) NFI indeksine benzer ancak örneklem büyüklüğünden en az etkilenen yöntemdir ve 0.90 ile 0.95 arası iyi, 0.95 üzeri ise mükemmel uyumu ifade eder (165, 168). Normlaştırılmış uyum indeksi (NFI), varsayılan modelin kullanılmasıyla iyileşen uygunluk miktarını belirlemek amacı ile uygulanmaktadır. 0.90 ile 0.95 arası iyi, 0.95 üzeri ise mükemmel uyumu ifade etmektedir (168, 169). GFI, modelin bir dizi gözleme ne kadar iyi uyum gösterdiğini açıklar ve gözlenen ile beklenen değerler arasındaki tutarsızlığı özetler (171). Değerin 0.90 ile 0.95 arasında olması iyi, 0.95 üzerinde olması ise mükemmel uyumu gösterir (152, 162, 166). AGFI ise düzeltilmiş uyum iyiliği indeksidir. GFI'nın istatistiğinin serbestlik derecesinden arındırılmış halidir. Ancak karmaşık ve çok ifadeli modellerde kullanılması önerilmemektedir ve 0.85 üzeri değer alması iyi uyumu gösterir (162, 168). Tüm analizler neticesinde ölçeğin AFA ile belirlenen yapısının DFA örnekleminde elde edilen verilerle uyumlu olduğu saptanmıştır ve yapı doğrulanmıştır.

Yakınsak geçerlik, birbiri ile uyum içinde olan farklı göstergelerin korelasyon düzeylerini ölçmek için kullanılır. Bu amaçla 0 ile 1 arasında değerler alan CR ve AVE incelenir. Yakınsak geçerliğin sağlanabilmesi için AVE değerinin 0.50'den büyük, CR değerinin 0.70'den büyük ayrıca CR değerinin AVE değerinden büyük olması beklenir (168). Ölçeğin AVE ve CR değerlerinin tüm alt boyutlar için kritik değerlerin üzerinde olduğu ve CR değerlerinin AVE değerlerinden büyük olduğu tespit edilerek yakınsak geçerliğin sağlandığı saptanmıştır.

Ölçeğin madde ayırt ediciliği alt üst %27 çeyreklik ortalamaları ile değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme için öncelikle ölçek toplam puanlarına göre büyükten küçüğe sıralanır. Sonra örneklem sayısının %27 üst ve alt sınırı belirlenerek bu verilerle alt boyutların arasındaki farkların anlamlılığı değerlendirilir. Aradaki farkın anlamlı oluşu ölçeğin iç tutarlılığını göstermektedir (153). Ölçeğin alt üst %27 madde ayırt edicilik analizi için ölçek verileri yüksek puandan aza doğru sıralanarak üstte kalan 81 ve altta kalan 81 katılımcı belirlenmiştir. Yapılan analizde iki örneklem verileri arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Ayrıca ölçeğin altı alt boyutunda anlamlı farklar görülmüş ve ölçeğin iç tutarlılığının olduğu ortaya koyulmuştur. Ayrıca üst ve alt grupların

puan ortalamalarına bakıldığında üst grup toplam puan ortalaması 4.68 alt grup ise 3.73 olarak bulunmuştur ve aşırı uç değerler olmadığı görülmüştür.

5.2. Ölçeğin Güvenirlik Analizi Bulgularının Tartışılması

Güvenirlik analizi, ölçek maddelerinin ve faktörlerin aralarındaki tutarlılığı ve ölçeğin konu edilen kavramı ne düzeyde ortaya koyduğunu gösteren bir yöntemdir ve ölçeğin tekrarlayan kullanımlarındaki başarısını ifade eder (145). Ölçeğin güvenilirliğini belirlemek için özellikle Likert tipi ölçeklerde Cronbach Alpha katsayısı ile ölçeğin iç tutarlılığı test edilir (149, 161). Cronbach Alpha katsayısı yükseldikçe tutarlılığın arttığı ve ölçeğin işlevsel olduğu ifade edilir (147). Yeni geliştirilen ölçeklerde katsayının 0.60 ve üzeri olması yeterli kabul edilirken, 0.70-0.90 arası değerler iyi, 0.90 ve üzeri değerler ise mükemmel düzeyde iç tutarlılığı ifade etmektedir. Cronbach Alpha katsayısı ölçeğin toplamı ve alt boyutlar için ayrı ayrı hesaplanmalıdır (162). Araştırmanın AFA örneklem veri setinin ölçek toplam ve alt boyutlarda Cronbach Alpha katsayısı 0.791'in üzerindedir. DFA örneklem veri setinin ölçek toplam ve alt boyutlarda Cronbach Alpha katsayısı ise 0.725'in üzerindedir. Bu analizler sonucu ölçeğin AFA ve DFA için toplam ve alt boyutlarda iç tutarlılığı ifade ettiği saptanmıştır.

İki değişken arasındaki ilişkiyi açıklayan bir diğer değer Spearman-Brown sıra farkları korelasyon katsayısıdır. Bu değer -1 ile + 1 arasında değerler alabilir ve 0.01-0.29 arası düşük, 0.30-0.69 arası orta, 0.70-0.99 arasında olması ise yüksek ilişkiyi göstermektedir. İlişkilerin pozitif yönde olması bir değişkenin değeri artarken diğer değişkenin değerinin de arttığı, değişkenin değeri azalırken diğer değişkenin de değerinin azaldığı anlamına gelir. İlişkilerin negatif yönde olması durumunda bir değişkenin değeri artarken diğer değişkenin azaldığı veya bir değişkenin değeri azalırken diğerinin arttığı anlamına gelir. AFA veri setinde Spearman-Brown değerleri toplamda ve alt boyutlarda 0.817'nin, DFA veri setinde ise toplamda ve alt boyutlarda 0.751'in üzerinde değerler almıştır. Bu da ölçek madde toplam ve alt boyutlar arasında yüksek ilişkiyi ortaya koymaktadır. Ölçeğin güvenilirliğini test etmek için kullanılan diğer bir yarı test yöntemi ise Guttman Split-Half değeri tekniğidir ve 0.70 üzeri değer alması ölçeğin güvenilirliğini göstermektedir (161). AFA veri setinde Guttman Split-Half değeri toplamda ve alt boyutlarda 0.778'in, DFA veri setinde ise toplamda ve alt boyutlarda 0.727'in üzerinde değerler almıştır. Bu değerlerle de ölçeğin güvenilirliği desteklenmiştir.

Madde toplam puan korelasyonu, ölçek toplam puanı ile madde puanlarının ve alt boyut puanlarının ilişkisini açıklamada kullanılır. Korelasyon değerinin 0.30-0.40 arasında olması iyi, 0.40 üzeri olması ise çok iyi olarak değerlendirilir ve değişkenin ölçülmek istenen konuya uygunluğunu gösterir (145). Ayrıca Likert tipi ölçeklerde madde toplam puan korelasyon değerinin 0.30-0.70 arasında olması gerektiği ve 0.20 altında ve 0.80 üzerinde uç değerler alan maddelerin ise ölçekten çıkarılması gerektiği belirtilmektedir (162). Araştırmamızda madde korelasyon değerleri AFA ve DFA veri setlerinin tümü için güvenilir ve ayırt edicidir. Ayrıca ölçek alt boyutları toplam puanları ile ölçek toplam puanı arasındaki korelasyon değerleri güvenilirliği desteklemektedir.

5.3. Ölçeğin Zamana Karşı Değişmezliğinin Tartışılması

Ölçeğin aynı örnekleme farklı zamanlarda uygulanması durumunda benzer sonuçlar elde edilebilme durumunu belirleyebilmek için test tekrar test uygulaması yapılmıştır. İlk test ve son test arasındaki korelasyonun 0.70 üzerinde değer alması ve anlamlı olması beklenmektedir (145, 162). Araştırmada 30 hemşireye ilk uygulamadan üç hafta sonra tekrar uygulama yapılmış, ilk test son test arasında yüksek ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($r=0.987$; $p=0.000$). Ayrıca ölçek toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($t=0.460$; $p=0.649$). Ölçeğin ICC katsayısı toplamda 0.933'dür ve alt boyutların katsayıları ise 0.809'in üzerinde değerler almıştır. Bunun sonucunda ölçeğin farklı zamanlarda yapıldığında da doğruluğu ve değişmezliği ortaya koyulmuştur (147).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çocuk hastalara hizmet sunan hemşirelerin çocuğun tıbbi ihmali hakkında bilgi ve farkındalık düzeylerini belirleyebilmek için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirmek amacı ile oluşturulan TİÖ'nün, akran ve uzman görüşleri ve pilot uygulama ile yüzey ve kapsam geçerliği sağlanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliğini sağlamak için öncelikle KMO ve Bartlett testleri ve anti imaj korelasyon değerleri ile örneklemelerinin ve ölçek maddelerinin AFA ve DFA için uygun olduğu tespit edilmiştir. AFA sonuçlarına göre TİÖ 25 madde ve altı alt boyuttan ile şekillenmiştir. Alt boyutlar AAP'nin tıbbi ihmal tanımı ve literatürde yer alan tıbbi ihmal tanımları da dikkate alınarak sırası ile ebeveynin bebeğin sağlığını riske atma durumu (4 madde), ebeveynin tıbbi tedaviyi onaylama durumu (4 madde), ebeveynin tıbbi öneriye uyma durumu (5 madde), ebeveynin sağlığı riske atma durumu (5 madde), ebeveynin bakımı aksatma durumu (4 madde) ve ebeveynin sağlık hizmetini kullanma durumu (3 madde) olarak isimlendirilmiştir. Ölçeğin, DFA sonuçlarına göre uyum indeksleri iyi çıkarak yapısal uygunluğu doğrulanmıştır. %27 alt üst madde ayırt edicilik analizi sonuçlarına göre alt üst çeyreklerde ölçek toplam ve alt boyutlar arasındaki fark anlamlı ve iç tutarlılık analiz değerleri yüksektir.

Tıbbi ihmal ölçeğinin güvenilirliğini, Cronbach Alpha, Guttman Split-Half, Spearman-Brown ve madde toplam korelasyon analizleri ile hem AFA hem de DFA örneklemelerine uygulanmış, ölçek toplam ve alt boyutlar test edilerek yüksek ve anlamlı değerler elde edilmiştir. Test tekrar test analizi sonucunda ise iki uygulama arası ilişkinin anlamlı olduğu saptanmış ve toplam puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Sonuçta TİÖ'nün 25 madde altı alt boyuttan oluşan geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu ortaya koyulmuştur.

Tüm bu sonuçlar neticesinde;

- TİÖ kullanılarak farklı örneklemdeki hemşirelerin tıbbi ihmal konusunda bilgi ve farkındalık düzeyleri belirlenebilir.
- Farklı örneklemelerde TİÖ'nün geçerlik ve güvenilirlik analizleri tekrarlanabilir.
- TİÖ'nün farklı dil ve kültürlerde geçerlik ve güvenilirlik analizleri tekrarlanabilir.
- TİÖ ile elde edilen veriler sonucunda sağlık profesyonellerinin çocuğun tıbbi ihmali konusunda bilgi ve farkındalık düzeylerini artırmak için eğitimler yapılabilir.

- Bu araştırma ve elde edilen sonuçlar farklı ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılabilir.



7. KAYNAKLAR

1. Dubowitz H (2013). Neglect in children. *Pediatric Annals* 42(4): 73-77.
2. Mennen FE, Kim K, Sang J, Trickett PK (2010). Child neglect: definition and identification of youth's experiences in official reports of maltreatment. *Child Abuse Negl* 34(9): 647-658.
3. Stirling J (2020). Understanding medical neglect: When needed care is delayed or refused. *Journ Child Adol Trauma* 13: 271-276.
4. Turney D, Taylor J (2014). Interventions in chronic and severe neglect: What works? *Child Abuse Review* 23: 231-234.
5. Jenny C (2007). Committee on child abuse and neglect, American Academy of Pediatrics. Recognizing and responding to medical neglect. *Pediatrics* Dec 120(6): 1385-1389.
6. Jenny C, Metz JB (2020). Medical child abuse and neglect. *Pediatrics in Review* 41(2): 49-60.
7. Hornor G (2014). Child neglect: assessment and intervention. *J Pediatr Health Care* 28(2): 186-194.
8. Kalaman CR, Ibrahim N, Shaker V, Cham CQ, Ho MC, Visvalingam U, Shahabuddin FA, AbdRahman FN, A Halim MRT, Kaur M, Azhar FL, Yahya AN, Sham R, Siau CS, Lee KW (2023). Parental factors associated with child or adolescent medication adherence: a systematic review. *Healthcare (Basel)* Feb 11(4): 501-501.
9. Burford A, Alexander R, Lilly C (2020). Malnutrition and medical neglect. *Journ Child Adol Trauma* 13: 305-316.
10. Roach ES (2020). Child neglect by any other name. *Pediatr Neurol* Dec 113: 82-84.
11. Vanderminden J, Hamby S, David-Ferdon C, Kacha-Ochana A, Merrick M, Simon TR, Finkelhor D, Turner H (2019). Rates of neglect in a national sample: Child and family characteristics and psychological impact. *Child Abuse & Neglect* 88: 256-265.
12. Ramirez K (2019). Protect our children: Vaccination exemptions can establish child abuse and neglect. *Family Court Review* 57: 258-272.

13. Chervenak FA, McCullough LB, Brent RL (2016). Professional responsibility and early childhood vaccination. *J Pediatr* 169: 305-309.
14. Boos SC, Fortin K. (2014). Medical neglect. *Pediatr Ann Nov* 43(11): 253-259.
15. McGrady ME, Hommel KA (2013). Medication adherence and health care utilization in pediatric chronic illness: a systematic review. *Pediatrics Oct* 132(4): 730-740.
16. Swan R (2020). Faith-based medical neglect: for providers and policymakers. *Journ Child Adol Trauma* 13: 343-353.
17. Frasier LD, Smith N, Crowell K (2019). When medical care and parents collide- parents who refuse testing and or treatment for children. *J Child Adolesc Trauma Aug* 13(3): 277-284.
18. Şahin F (2002). Çocuk ihmali: tanı ve tedavide hekimler için ipuçları. *Klinik Pediatri* 1(3): 103-106.
19. Ward MGK, Baird B (2022). Medical neglect: Working with children, youth, and families. *Paediatrics & Child Health* 27: 372-376.
20. Koca M (2012). Çocuk istismarında ihbar yükümlülüğü. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 3(1): 113-127.
21. Bülbül S, Özçalık A, Özdoğan S (2012). Bir olgu nedeniyle adli tıbbi uygulamalarda gecikmenin hekimlere getirdiği hukuki sorunların irdelenmesi. *KÜ Tıp Fak Dergisi* 14(2): 49-52.
22. Custel JW, Rau RE (2010). The Johns Hopkins Hospital. Harriet Lane El Kitabı. 18 th ed. Çeviren: Bereket G, Akçay T, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, 101-128.
23. Legano L, McHugh MT, Palusci VJ (2009). Child abuse and neglect. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 9: 33-39.
24. Çocuk Koruma Kanunu. T.C. Resmî Gazete, 25876, 15 Temmuz 2005.
25. Türk Medeni Kanunu. T.C. Resmî Gazete, 24607, 08 Aralık 2001.
26. Türk Ceza Kanunu. T.C. Resmî Gazete, 25611, 12 Ekim 2004.
27. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 47(2): 140-151.

28. Üstündağ A (2022). Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalığı: sağlıklı hayat merkezi örneği. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 31(4): 241-253.
29. İkişık H, Arı A, Kırlangıç M, Yeni T, Korkut M, Taşdemir M, Maral I (2022). Bir üniversite hastanesi sağlık çalışanlarının çocuk istismarına yaklaşımları ve çocuk izlem merkezleri hakkındaki farkındalıklarının değerlendirilmesi. Akdeniz Tıp Dergisi 8 (3): 263-269.
30. Bağ ÖF, Bozkurt G (2021). Hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarına ilişkin farkındalıklarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 24(1): 17-24.
31. Kaptan D, Kahrıman İ, Kader Ş (2020). Pediatri kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi ve farkındalık düzeyleri. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 28(2): 227-232.
32. Tekin HH (2020). Sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismar vakaları ile karşılaşma durumları, bildirim yükümlülükleri ve eğitim gereksinimleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 26(2): 85-94.
33. Yılmaz B, Çalışkan D (2019). Bir hastanede çalışan hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarına yönelik bilgi ve yaklaşımlarının incelenmesi. Sağlık Akademisi Kastamonu 4 (2): 78-89.
34. Özyürek A, Çetin A, Yıldırım R (2018). Aile hekimi ve öğretmenlerin çocuk ihmal ve istismarı konusundaki görüş ve tutumları. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi 7 (1): 436-453.
35. Başdaş Ö, Bozdağ F (2018). Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama durumlarının belirlenmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 11(3): 267-275.
36. Kurt G, Gün İ (2017). Sağlık personelinin istismar, ihmal ve aile içi şiddetle karşılaşma durum ve tutumları. J For Med 31(2): 59-67.
37. Metinyurt HA, Sarı HY (2016). Sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarını tanıma düzeyleri. Çocuk ve Medeniyet 1(1): 101-121.

38. Külcü DP, Karataş H (2016). Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeylerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 32(1): 48-58.
39. Burç A, Tüfekçi FG (2015). Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama düzeyleri. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 6(3): 144-150.
40. Köseoğlu V, Bütün Ayhan A, Beyazıt U (2021). Medical neglect towards children: causes, impacts, prevention. Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences 6(3): 665-674.
41. Kurt A, Baygın Ö, Tüzüner T (2019). Dental ihmal. 7tepe Klinik 15(1): 103-109.
42. Parasidis E, Opel DJ (2017). Parental refusal of childhood vaccines and medical neglect laws. American Journal of Public Health 107(1): 68-71.
43. Laird SE (2016). Protecting children from nutritional and medical neglect in sub-Saharan Africa: A five-country study. Int J Soc Welfare 25: 47-57.
44. Fortin K, Kwon S, Pierce MC (2016). Characteristics of children reported to child protective services for medical neglect. Hospital Pediatrics 6(4): 204-210.
45. Merrick MT, Butt SM, Jent JF, Cano NM, Lambert WF, Chapman AV, Sanders LM et al. (2010). No follow-up after positive newborn screening: Medical neglect? Child Maltreatment 15(4): 315-323.
46. Sinal SH, Foeller EC, Socolar R (2008). Religion and medical neglect. Southern Medical Journal 101(7): 703-706.
47. Roberts GM (2004). Nonadherence with pediatric human immunodeficiency virus therapy as medical neglect. Pediatrics 114(3): 346-353.
48. Fornari V, Dancyger I (2001). Parental medical neglect in the treatment of adolescents with anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders 29(3): 358-362.
49. Dubowitz H (1999). Neglect of children's health care. Neglected Children: Research, Practice, And Policy, 109-131. https://in.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/35364_Chapter9.pdf.

50. Alwash NM, Palusci VJ (2022). Factors related to medical neglect recurrence and foster care and adoption services. *Child Abuse & Neglect* 123(105378): 1-11.
51. U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. (2023). *Child Maltreatment 2021* [online]. Available from <https://www.acf.hhs.gov/cb/data-research/child-maltreatment>. [Accessed 12 January 2024].
52. Cleveland RW, Deming RS, Helton G, Wilson CR, Ullrich CK (2022). Health care providers' perspectives on COVID-19 and medical neglect in children with life-threatening complex chronic conditions. *Journ Child Adol Trauma* 15: 193-199.
53. Sun LR, Cooper S (2018). Neurological complications of the treatment of pediatric neoplastic disorders. *Pediatr Neurol* 85: 33-42.
54. Partap S, Russo S, Esfahani B, Yeom K, Mazewski C, Embry L, Wheeler G, Ullrich NJ, Bowers DC (2019). A review of chronic leukoencephalopathy among survivors of childhood cancer. *Pediatr Neurol* 101: 2-10.
55. Çiftçi B, Aksoy M (2017). Çocuklarda akılcı ilaç kullanımı ve hemşirelerin sorumlulukları. *GÜSBD* 6(3): 191-194.
56. Utli H, Turan M (2020). 0-12 yaş arası çocuğa sahip ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik tutumlarının incelenmesi. *EGEHFD* 36(2): 87-95.
57. World Health Organization (2003). *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. World Health Organization; Geneva, Switzerland [online]. Available from: <file:///C:/Users/FUJITSU/Downloads/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Eng-2003.pdf>. [Accessed 12 January 2024].
58. Kowalik M (2022). Ethics of vaccine refusal. *Journal of Medical Ethics* 48: 240-243.
59. Salter EK, Ross, LF (2020). Why most bad decisions about vaccines do not constitute child neglect. *Pediatric Neurology* 113: 85-87.
60. Rus M, Groselj U (2021). Ethics of vaccination in childhood-a framework based on the four principles of biomedical ethics. *Vaccines* 9(2): 113-113.
61. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (2021). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021* [online]. Available from: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316,siy2021-turkcepdf.pdf?0>. [Accessed 12 January 2024].

62. Salmon DA, Dudley MZ, Glanz JM, Omer SB (2015). Vaccine hesitancy: Causes, consequences, and a call to action. *American Journal of Preventive Medicine* 49(6): 391-398.
63. Gültekin E, Çağlar N (2023). Aşı reddi sebepleri ve aşı retlerinin normatif etik açıdan değerlendirilmesi: Gaziosmanpaşa Mustafa Furuncu Aile Sağlığı Merkezi örneğinde niteliksel bir araştırma. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 31(3): 171-183.
64. Kiatipi M, Davidopoulou S, Arapostathis K, Arhakis A (2021). Dental neglect in children: a comprehensive review of the literature. *The Journal of Contemporary Dental Practice* 22(2): 199-204.
65. Yücel Şen AD, Çarman KB (2022). Engelli çocukların ihmali ve istismarı. *Çocuk ve Medeniyet* 7(13): 127-138.
66. Jenkins GW, Bresnen D, Jenkins E, Mullen N (2018). Dental abscess in pediatric patients. *Pediatric Emergency Care* 34(11): 774-777.
67. Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL, Hunter ML, Harris JC, Tempest V, Mann MK, Kemp AM (2014). Characteristics of child dental neglect: A systematic review. *Journal of Dentistry* 42(3): 229-239.
68. Sillevis Smitt H, Leeuw J, Vries T (2017). Association between severe dental caries and child abuse and neglect. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 75(11): 2304-2306.
69. Shubayr MA, Mattoo KA (2020). Parental neglect of feeding in obese individuals. A review of scientific evidence and its application among Saudi population. *Saudi Med J* 41(5): 451-458.
70. Walson J, Berkley J (2018). The impact of malnutrition on childhood infections. *Current Opinion in Infectious Diseases* 31(3): 231-236.
71. De Souza M, Mallinson R (2014). Current perspectives on the etiology and manifestation of the "silent"; component of the female athlete triad. *International Journal of Women's Health* 6: 451-451.
72. Schorr M, Miller K (2016). The endocrine manifestations of anorexia nervosa: Mechanisms and management. *Nature Reviews Endocrinology* 13(3): 174-186.

73. Asano T, Narazaki H, Kaizu K, Matsukawa S, Takema-Tochikubo Y, Fujii S, Saitoh N, Mashiko K, Fujino O (2015). Neglect-induced pseudo-thrombotic thrombocytopenic purpura due to vitamin B12 deficiency. *Pediatr Int* 57(5): 988-990.
74. Allender S, Brown AD, Bolton KA, Fraser P, Lowe J, Hovmand P (2019). Translating systems thinking into practice for community action on childhood obesity. *Obesity Reviews* 20(S2): 179-184.
75. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 (2019). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK [online]. Available from: http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA_2018_ana_Rapor.pdf. [Accessed 12 January 2024].
76. Allan K, Joh-Carnella N, Fallon B, Vandermorris A, Houston E (2021). Medical neglect in Ontario: Implications for health care provision. *Paediatr Child Health* 26(7): 283-289.
77. Committee on Child Maltreatment Research, Policy, and Practice for the Next Decade: Phase II; Board on Children, Youth, and Families; Committee on Law and Justice; Institute of Medicine; National Research Council (2014). Describing the problem. Petersen AC, Joseph J, Feit M (Ed.), *New Directions In Child Abuse And Neglect Research*, 31-69. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK195982/>
78. Pinherio PS (2006). World report on violence against children. ATAR Roto Presse, Geneva; 3-26. [online] Available from: <https://resourcecentre.savethechildren.net/document/world-report-violence-against-children/>. [Accessed 3 February 2023].
79. Akyüz E (2013). Çocuk Hukuku. 3. Baskı. Pegem Akademi, Ankara, 476-487.
80. Coller RJ, Komatz K (2017). Children with medical complexity and neglect: attention needed. *J Child Adolesc Trauma* 13(3): 293-298.
81. Varness T, Allen DB, Carrel AL, Fost N (2009). Childhood obesity and medical neglect. *PEDIATRICS* 123(1): 399-406.
82. Knox BL, Luyet FM, Esernio-Jenssen D (2019). Medical neglect as a contributor to poorly controlled asthma in childhood. *J Child Adolesc Trauma* 13(3): 327-334.

83. McDonnell CG, Boan AD, Bradley CC, Seay KD, Charles JM, Carpenter LA (2019). Child maltreatment in autism spectrum disorder and intellectual disability: results from a population-based sample. *J Child Psychol Psychiatry* 60(5): 576-584.
84. Van Horne BS, Caughy MO, Canfield M, Case AP, Greeley CS, Morgan R, Mitchell LE (2018). First-time maltreatment in children ages 2-10 with and without specific birth defects: A population-based study. *Child Abuse Negl* 84: 53-63.
85. Worley G, Stevenson R D, Rosenbloom L, Sullivan PB (2007). Castang and novartis foundation conference on undernutrition in children with cerebral palsy: Survey of participants about decision-making for enteral (gastrostomy) feeding. *Journal of Nutritional & Environmental Medicine* 16(1): 75-81.
86. Romley JA, Shah AK, Chung PJ, Elliott MN, Vestal KD, Schuster MA (2017). Family-provided health care for children with special health care needs. *Pediatrics* 139(1): e20161287. doi: 10.1542/peds.2016-1287.
87. Legano LA, Desch LW, Messner SA, Idzerda S, Flaherty EG (2021). Maltreatment of children with disabilities. *Pediatrics* 147(5): e2021050920. doi:10.1542/peds.2007-0565.
88. AlFarhan M, AlMelhem J, ElMahadi A, AlTurki H, Hassan S, Almuneef M (2022). Child neglect in Saudi Arabia the neglected form of child maltreatment. *Saudi Medical Journal* 43(6): 610-617.
89. Jembro C, Lucas S (2014). Försummelse av barn – ett försummat problem. *Läkartidningen* 111: CYIA: 46-46.
90. Konuk Şener D, Ocakçı AF (2014). Yoksulluğun çocuk sağlığı üzerine çok boyutlu etkileri. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi* 13(1): 57-68.
91. Bauch J, Hefti S, Oeltjen L, Pérez T, Cupit Swenson C, Fürstenau U, Rhiner B, Schmid M (2022). Multisystemic therapy for child abuse and neglect: Parental stress and parental mental health as predictors of change in child neglect. *Child Abuse & Neglect* 126(2022): 105489. doi:10.1016/j.chiabu.2022.105489.
92. Çınar S, Ay A, Boztepe H (2018). Çocuk sağlığı ve sağlık okuryazarlığı. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi* 14(2): 25-39.

93. Zhang NJ, Terry A, McHorney CA (2014). Impact of health literacy on medication adherence: A systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacotherapy* 48(6): 741-751.
94. Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy (2004). What Is Health Literacy? Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA (Ed.), *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*, 31-59. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216035/>.
95. Pehlivan S, Çıkrıkçı A (2023). Çocuklarda Tıbbi İhmal ve İstismar. Esin Tüccar (Ed.). *Çocuk İhmal ve İstismarında Genetik Faktörler*. Efe Akademi Yayınları, İstanbul, Sayfa: 101-123.
96. Polanska K, Krol A, Merecz-Kot D, Ligocka D, Mikolajewska K, Mirabella F, Chiarotti F, Calamandrei G, Hanke W (2017). Environmental tobacco smoke exposure during pregnancy and child neurodevelopment. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 14(7): 796-796.
97. Tanaka K, Miyake Y, Furukawa S, Arakawa M (2017). Secondhand smoke exposure and risk of wheeze in early childhood: a prospective pregnancy birth cohort study. *Tob Induc Dis* Jul 18(15):30. doi: 10.1186/s12971-017-0138-7.
98. Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun. T.C. Resmî Gazete, 22829, 26 Kasım 1996.
99. Topçu S, Akın E, Ulukol B, Orhon FŞ, Başkan S (2018). Sigaranın çocuğa etkileri konusunda ailelerin farkındalıkları, tutum ve davranışları. *TJFMPC* 12(1): 35-42.
100. Wabuyele S L, Colby JM, McMillin GA (2018). Detection of drug-exposed newborns. *Therapeutic Drug Monitoring* 40(2): 166-185.
101. Angelotta C, Appelbaum PS (2017). Criminal charges for child harm from substance use in pregnancy. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 45(2): 193-203.
102. Kepple NJ, Parker A (2021). Examining unique substance-related risk profiles for neglectful behaviors among parents with and without clinical depression. *Children and Youth Services Review*, 125: 105987. doi: 10.1016/j.childyouth.2021.105987.

103. Zengin N (2010). “Sağlık Hakkı” ve sağlık hizmetlerinin sunumu. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 1(1): 44-52.
104. WHO, ISPCAN (2006). Preventing Child Maltreatment: A Guide To Taking Action and Generating Evidence. Geneva. Available from: <https://resourcecentre.savethechildren.net/document/preventing-child-maltreatment-guide-taking-action-and-generating-evidence/>. [Accessed 3 February 2023].
105. Schreier HMC, Chen E, Miller GE (2016). Child maltreatment and pediatric asthma: A review of the literature. Asthma Research and Practice 2(7): 1-10.
106. Şen Celasin N, Akın HYS, Akın B (2022). Traditional practices regarding baby care: are they different in the east and the west? Gevher Nesibe Journal Of Medical And Health Sciences 7(17): 39-49.
107. Ergin A, Aydemir Acar G, Baltacı K (2020). 0-24 aylık bebeği olan ebeveynlerin bebek bakımında uyguladıkları geleneksel yöntemler. Güncel Pediatri 18(3): 370-389.
108. Back AL, Fromme EK, Meier DE (2019). Training clinicians with communication skills needed to match medical treatments to patient values. Journal of the American Geriatrics Society 67(S2): 435-441.
109. Erim SE, Çevirme A (2018). Hemşirelikte kişisel ve profesyonel değerlerin farkındalığı önemli mi? Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 21(4): 279-284.
110. Itzhaky H, Gerber P, Dekel R (2004). Empowerment, skills, and values: a comparative study of nurses and social workers. International Journal of Nursing Studies 41(4): 447-455.
111. Tran BQ, Mendoza MM, Saini SK, Sweeny K (2023). Let the kid speak: dynamics of triadic medical interactions involving pediatric patients. Health Communication 38(9):1762-1769.
112. Başol E (2018). Hasta ile sağlık çalışanları (doktor ve hemşire) arasındaki iletişim sorunları ve çözüm önerileri. International Anatolia Academic Online Journal Social Sciences Journal 4(1): 76-93.

113. Işık T (2021). Sağlık iletişimi bağlamında hekim hasta, hasta-hekim iletişimi inceleme çalışması: Özel bir hastane analizi. Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi (26): 720-753.
114. Çatı K, Karagöz Y, Yalman F, Öcel Y (2018). Sağlık okuryazarlığının hasta memnuniyeti üzerine etkisi. Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi 14(1): 67-88.
115. Dündar T, Özsoy S, Topbaş B, Aksu H (2019). Hemşirelikte mesleki değerler ve etkileyen faktörler. EGEHFD 35(1): 11-19.
116. Kırılmaz H, Kırılmaz SK (2014). Sağlık hizmetlerinde etik ikilemlerde ampirik etik çalışmalarının yararları. İnsan & İnsan Sayı 1, Yaz 2014: 35-44.
117. Tosun H (2021). Sağlık bakım uygulamalarında etik duyarlılık. Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi 3(1): 101-104.
118. Karadağlı F (2016). Profesyonel hemşirelikte etik. J DU Health Sci Inst 6(3): 197-200.
119. Yıldız A, Gürpınar SS, Eroğlu İ, Cinkara O, Aldemir FN (2022). Geleceğin hekimleri etik ikilemle karşılaştıklarında nasıl davranacaklar? Adli tıp staj rehberliğine bir bakış. The Bulletin of Legal Medicine 27: 35-41.
120. Parmeter J, Tzioumi D, Woolfenden S (2018). Medical neglect at a tertiary paediatric hospital. Child Abuse & Neglect 77: 134-143.
121. Ciora CA, Baleanu VD, Davitoiu DV, Voiculescu DI, Lungulescu CV, Cojan TST, Socea B, Alexandru DO, Stanescu R, Stanescu MR, Calin G, Nedelcuta RM (2019). Medical neglect of the child. Rev. Chim 70(8): 2973-2976.
122. Coughlin KW (2018). Canadian paediatric society, bioethics committee. Medical decision-making in paediatrics: Infancy to Adolescence. Paediatr Child Health 23(2): 138-146.
123. Akyılmaz HC (2022). Ian McEwan'ın Çocuk Yasası romanına çocuğun tedaviyi reddetme hakkı açısından bir bakış. Yıldırım Beyazıt Hukuk Dergisi, Prof. Dr. M. Fatih UŞAN'a Dekanlıkta 10. Yıl Anısına Teşekkür Armağanı (2022-2): 109-144.
124. Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. T.C. Resmî Gazete, 868, 14 Nisan 1928.

125. Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi. T.C. Resmî Gazete, 2004/7024, 20 Nisan 2004.
126. Hasta Hakları Yönetmeliği. T.C. Resmî Gazete, 23420, 01 Ağustos 1998.
127. Baybaba E, Yurdakul Ertürk E (2022). Sağlık Sistemindeki çocukların sağlık hakları. *Disiplinlerarası Çocuk Hakları Araştırmaları Dergisi* 2(3): 63-73.
128. FitzGerald C, Hurst S (2017). Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Med Ethics* 18(1): 19-19.
129. Tekeli A, Akca Çağlar A, Halil H, Karacan CD, Tuygun N (2021). Çocuk acil servise başvuran hastalarda tedavi redlerinin değerlendirilmesi. *Sağlık Akademisi Kastamonu* 6(2): 13-19.
130. Keser N, Arguz P. (2010). Ebeveynlerin çocuklarının tedavisini reddetme nedenleri. *Turkish J. Pediatr. Dis* 2010; 4(1): 5-11.
131. Smith PJ, Kennedy AM, Wooten K, Gust DA, Pickering LK (2006). Association between health care providers' influence on parents who have concerns about vaccine safety and vaccination coverage. *Pediatrics* 118(5): 1287-1292.
132. American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics (2013). Policy statement: Conflicts between religious or spiritual beliefs and pediatric care: Informed refusal, exemptions, and public funding. *Pediatrics* 132(5): 962-965.
133. Adams D, Dagenais S, Clifford T, Baydala L, King J, Hervas-Malo M, Moher D, Vohra S (2013). Complementary and alternative medicine use by pediatric specialty outpatients. *Pediatrics* 131(2): 225-232.
134. Lipstein EA, Brinkman WB, Britto MT (2012). What is known about parents' treatment decisions? A narrative review of pediatric decision making. *Med Decis Making* 32(2): 246-258.
135. Sungur C (2019). Hekimlerde tıbbi hata suçlamalarına karşı savunmacı tıp davranışları. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 22(1): 191-206.
136. Karakaş B, Çevik ÖC (2016). Çocuk refahı: çocuk hakları perspektifinden bir değerlendirme. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 18(3): 887-906.

137. Mattson G, Kuo DZ (2019). Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Council on Children With Disabilities. Psychosocial factors in children and youth with special health care needs and their families. *Pediatrics* 143(1): e20183171. doi: 10.1542/peds.2018-3171.
138. Başoğlu C, Lök N, Öncel S (2017). Çocukların aile içi şiddetten korunmasında ailelere yönelik girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 9(2): 123-135.
139. Levy C, Weeks KS, Benson RJ, Miller JM, Higgins J, Deutsch SA, Lantos JD (2019). Failure to provide adequate palliative care may be medical neglect. *Pediatrics* 144(4): e20183939. doi: 10.1542/peds.2018-3939.
140. Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B (2013). *Pediatric Hemşireliği*. Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara; 1-45.
141. Hemşirelik Yönetmeliği. T.C. Resmî Gazete, 27910, 19 Nisan 2011.
142. Çavuşoğlu H (2019). *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*. 13. Baskı. Sistem Ofset Basım Yayın San. Tic. Ltd. Şti., Ankara; 1-24.
143. Kahriman İ, Topbaş M, Çan G, Göker Z, Deryal Y (2016). Pediatrik yaş grubuna sağlık hizmeti sunan ebe ve hemşirelerin çocuk hasta hakları konusundaki düşünceleri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 5(1): 18-29.
144. Küçük Alemdar D, Yılmaz G (2019). Pediatri hemşirelerinin çocuk haklarına yönelik tutumlarının belirlenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 6 (2): 121-126.
145. Tavşancıl E (2018). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*. 6. Basım. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti., Ankara.
146. Şencan H (2005). *Sosyal Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik*. 1.Baskı. Seçkin Yayıncılık, Ankara.
147. Alpar R (2019). *Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlilik Güvenilirlik*. 5.Baskı. Detay Yayıncılık, Ankara.
148. Polit DF, Beck CT (2017). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence For Nursing Practice*. 9th ed. Wolters Kluwer & Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.

149. DeVellis RF (2021). Scale Development Theory and Applications. Ölçek Geliştirme Kuram ve Uygulamalar. Third ed. Çeviren: Totan T, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti, Ankara.
150. Eser MT, Güzeller CO (2017). Açıklayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizi ile Yapısal Eşitlik Modeli Uygulamaları. Detay Yayıncılık, Ankara.
151. Harrington D (2009). Confirmatory Factor Analysis. Oxford University Press. Newyork
152. Karagöz Y (2018). SPSS ve AMOS 23 Applied Statistical Analysis. 1st ed. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara
153. Büyüköztürk Ş (2021). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. 29. Baskı. Pegem Akademi Yayınları, Ankara
154. Whitehead AL, Julious SA, Cooper CL, Campbell MJ (2016). Estimating the sample size for a pilot randomised trial to minimise the overall trial sample size for the external pilot and main trial for a continuous outcome variable. Statistical Methods in Medical Research 25(3): 1057-1073.
155. Lawshe CH (1975). A quantitative approach to content validity. Personnel Psychology 28(4): 563-575.
156. Tabachnick BG, Fidell LS (2013). Using Multivariate Statistics. Sixth edition. Pearson, Boston.
157. George D, Mallery M (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference. 17.0 update, Pearson, Boston.
158. Brown TA (2015). Confirmatory Factor Analysis for Applied Research. Second edition. The Guilford Press, London.
159. Kline RB (2016). Principles and practice of structural equation modeling. Fourth edition. Guilford Press, New York.
160. Meydan CH, Şeşen H (2011). Yapısal Eşitlik Modellemesi AMOS Uygulamaları. Detay Yayıncılık, Ankara.

161. Büyüköztürk Ş, Kılıç Çakmak E, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F (2022). Eğitimde Bilimsel Araştırma Yöntemleri. 33. Baskı. Pegem Akademi Yayınları, Ankara.
162. Gökdemir F, Yılmaz T (2023). Processes of using, modifying, adapting and developing likert type scales. J Nursology 26(2): 148-160.
163. Ayre C, Scally AJ (2014). Critical values for Lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. Measurement and Evaluation in Counseling and Development 47 (1): 79-86.
164. Ercan İ, Kan İ (2004). Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 30(3): 211-216.
165. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş (2018). Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve Lisrel Uygulamaları. 5. Baskı. Pegem Akademi, Ankara.
166. Seçer İ (2018). Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci SPSS VE LISREL Uygulamaları. 2. Baskı. Anı Yayıncılık, Ankara.
167. Sipahi B, Yurtkoru ES, Cinko M (2008). Sosyal bilimlerde SPSS ile veri analizi. Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul.
168. Yaşlıoğlu MM (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi 46: 74-85.
169. Öngen KB (2010). Doğrulayıcı faktör analizi ile bir uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ekonometri Anabilim Dalı İstatistik Bilim Dalı, Bursa
170. Korkmaz S, Göksülük D, Zararsız G (2014). MVN: An R package for assessing multivariate normality. The R Journal 6(2): 151-162.
171. Karaman M (2023). Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizi: kavramsal bir çalışma. Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 9(1): 47-63.



Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Değerli katılımcı;

Bu çalışma, çocuk hastalara hizmet sunan hemşirelerin ebeveynleri tarafından tıbbi ihmal uygulanan çocukların durumu hakkında bilgi ve farkındalıklarını belirleyebilmek için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirmek, ve oluşacak farkındalık ile de çocukların optimum düzeyde sağlık hizmeti almalarını desteklemek amacı ile planlanmıştır.

Ankette kimlik bilgileriyle ilgili sorular bulunmamaktadır. Bu ankete katılmanızda herhangi bir zorunluluk yoktur. Zaman ayırıp katıldığınız ve çocuk sağlığına katkı sağladığınız için şimdiden teşekkür ederim.

Uzm. Hemşire Dilek KAPTAN

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

- 1) Cinsiyetiniz
 - a) Kadın
 - b) Erkek
- 2) Yaşınız:.....(yıl)
- 3) Medeni durumunuz
 - a) Evli
 - b) Bekâr
- 4) Çocuğunuz var mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır
- 5) Öğrenim düzeyiniz;
 - a) Lise / Önlisans
 - b) Lisans
 - c) Yüksek Lisans
 - d) Diğer
- 6) Mesleğinizdeki çalışma süreniz:..... (yıl)
- 7) Çalıştığınız bölüm (yıl)
- 8) Çalıştığınız bölümdeki çalışma süreniz..... (yıl)

Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sayın katılımcı;

Araştırmanın adı “Çocuklarda Tıbbi İhmal Ölçeği’nin Geliştirilmesi” olup, hemşirelerin çocuğun tıbbi ihmali konusunda bilgi ve farkındalıklarını belirleyebilmek için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirmek, konu hakkında bilgi düzeylerini tespit etmek ve oluşacak farkındalık ile de çocukların optimum düzeyde sağlık hizmeti almalarını desteklemek amacı ile tez çalışması olarak planlanmıştır.

Tıbbi ihmal, çocuğun menfaatinin ön planda tutulması ön görülen ebeveynin, bilinçli olmadan ya da kasten, çocuğun sağlığını riske atacak davranışlarda bulunması veya çocuğun sağlığına fayda sağlayacak davranışlarda bulunmaması gibi durumlarda akılda olmalıdır. Çalışmanın birinci kısmı olan **Bilgi Formu** hemşirelerin yaş, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, mesleki deneyim, çalışılan ünite ve ünite de çalışma yılı gibi sosyo-demografik özelliklere ilişkin sorulardan oluşmaktadır. İkinci kısım ise 56 soruluk **Tıbbi İhmal Ölçeği’nden (TİÖ)** oluşmaktadır.

Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır. Aşağıda çalışma kapsamında ulaşabileceğiniz araştırmacının iletişim bilgileri yer almaktadır.

Katılımcının Beyanı:

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Araştırmanın Yürütücüsü:

Uzman Hemşire Dilek KAPTAN

Ek 5. Tıbbi İhmal Ölçeği

TIBBİ İHMAL ÖLÇEĞİ (TİÖ)

Ölçeği, ebeveynlerin çocuklarına karşı sağlık bakım durumlarını düşünerek değerlendirmenizi rica ederim.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Ebeveynin Bebeğin Sağlığını Riske Atma Durumu					
1 Gebelikte alkol kullanımı bebeğin tıbbi ihmalidir.	1	2	3	4	5
2 Gebelikte madde kullanımı bebeğin tıbbi ihmalidir.	1	2	3	4	5
3 Gebelikte sigara kullanımı bebeğin tıbbi ihmalidir.	1	2	3	4	5
4 Gebelikte düzenli kontrollere gidilmemesi bebeğin tıbbi ihmalidir.	1	2	3	4	5
Ebeveynin Tıbbi Tedaviyi Onaylama Durumu					
5 Ebeveynin hekim tarafından önerilen tıbbi tedaviyi reddetmesi tıbbi ihmalidir.	1	2	3	4	5
6 Hekim/hemşire tarafından riskleri ve buna rağmen gerekliliği anlatılan invaziv işlemlere ebeveynlerin onay vermemesi tıbbi ihmalidir.	1	2	3	4	5
7 Ebeveynin palyatif bakımı desteklememesi tıbbi ihmalidir.	1	2	3	4	5
8 Ebeveynin çocuğuna önerilen aşıyı reddetmesi tıbbi ihmalidir.	1	2	3	4	5
Ebeveynin Tıbbi Öneriye Uyma Durumu					
9 Ebeveynin çocuğuna verilmesi gerekenden fazla dozda ilaç vermesi tıbbi ihmalidir.	1	2	3	4	5
10 Hastalığından dolayı evde tıbbi cihaz kullanan çocukta cihazların rutin kalibrasyonunun yapılmaması tıbbi ihmalidir.	1	2	3	4	5
11 Ebeveynin çocuğuna verilmesi gerekenden az dozda ilaç vermesi tıbbi ihmal değildir.	1	2	3	4	5
12 Yatağa bağımlı çocuğun bakımı konusunda bilgilendirilmiş ebeveynin, iki saatte bir pozisyonunu değiştirmemesi tıbbi ihmalidir.	1	2	3	4	5
13 Diyet önerilen çocuğun ısrarcı kilo verememesi tıbbi ihmalidir.	1	2	3	4	5
Ebeveynin Sağlığı Riske Atma Durumu					
14 Evde hastalık belirtileri artan çocuğun hastanede belirtilerinin azalması tıbbi ihmalidir.	1	2	3	4	5
15 Aile içi şiddet varlığında çocuk tıbbi ihmal riski taşır.	1	2	3	4	5
16 Ailenin dengesiz yeme alışkanlıkları (vejetaryen, karbonhidrat ağırlıklı vb.) çocuğun tıbbi ihmalinde etkindir.	1	2	3	4	5
17 Yeni doğmuş bebeğin ilk emzirmesi için ailenin dini gerekçelerle bir süre beklemesi tıbbi ihmal değildir.	1	2	3	4	5
18 Çocuğun istismarına dair bulgular tespit edilirse tıbbi ihmal riski dikkatle ele alınmalıdır.	1	2	3	4	5
Ebeveynin Bakımı Aksatma Durumu					
19 Çocuklarda yetersiz ağız ve diş sağlığı tıbbi ihmalidir.	1	2	3	4	5
20 Çocuklarda yetersiz vücut temizliği (saç, deri, tırnak vb.) ihmalidir.	1	2	3	4	5
21 Çocuklarda kilo gelişiminin normalin üstünde olması tıbbi ihmalidir.	1	2	3	4	5
22 Çocukların giydiği kıyafetlerin bakımsız ve kirli olması (ekonomik nedenler hariç) ihmalidir.	1	2	3	4	5
Ebeveynin Sağlık Hizmetini Kullanma Durumu					
23 Acile getirilen çocukta üç günden fazla süren kusmanın ifade edilmesi tıbbi ihmalidir.	1	2	3	4	5
24 Acile getirilen çocukta üç günden fazla süren ishalin ifade edilmesi tıbbi ihmalidir.	1	2	3	4	5
25 Acile getirilen çocukta dört gündür süren yüksek ateşin ifade edilmesi tıbbi ihmalidir.	1	2	3	4	5

YAYINLAR

1. Kahrıman İ, Karadeniz Mumcu H, **Kaptan D**, Candaş Ayar A (2015). Bir üniversite hastanesinin pediatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki dernekler ile ilgili görüşleri. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 3(2): 112-120.
2. Öztürk H, Kasım S, Kavgacı A, **Kaptan D**, İnce G (2015). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyum düzeyleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 18:1.
3. Kahrıman İ, Polat S, Ede G, **Kaptan D** (2016). Injury experiences and precautions taken by nurses working in pediatric wards towards penetrative/incisive tools authors. International Journal of Caring Sciences May–August 9(2): 569-578.
4. **Kaptan D**, Kahrıman İ, Kader Ş (2020). Pediatri kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi ve farkındalık düzeyleri. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law & History 28(2): 227-232.
5. Ateş T, Önal B, **Kaptan D**, Kurt Y, Öztürk H (2021). COVID-19 tanısı olan hastanın uluslararası hemşirelik uygulaması sınıflandırma sistemine göre hemşirelik bakımı: olgu sunumu. Güncel Hemşirelik Araştırmaları Dergisi 1(1): 32-43.

BİLDİRİLER

1. Kahrıman İ, Daar G, Polat S, **Kaptan D** (2015). Injury experiences and precautions taken by nurses working in pediatric ward toward penetrative/incisive tools. 33rd Annual Meeting of the European Society for Pediatric infectious diseases, Leipzig ALMANYA, 12-16 Mayıs 2015, 612-612.
2. Kobyay Bulut H, Yeşilçiçek Çalık K, **Kaptan D**, Üçüncüoğlu M (2015). Kanserli ebeveynlere sahip çocuklar ebeveynlerinin hastalıklarını biliyorlar mı? 5. Ulusal ve 2. Uluslararası Akdeniz Pediatri Hemşireliği Kongresi, Ankara, TÜRKİYE, 15-18 Kasım 2015, 230-232.
3. **Kaptan D**, Kahrıman İ (2018). Pediatri kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi ve farkındalık düzeyleri. 4. Adli Hemşirelik, 3. Adli Sosyal Hizmetler, 2. Adli Gerontoloji Kongresi, Çorum, TÜRKİYE, 18-20 Ekim 2018, 287-289.
4. **Kaptan D**, İnce G, Kahrıman I (2019). Öğrenci hemşirelerin pediatri uygulama rehberi hakkındaki görüş ve önerileri. INCARE 2019 Uluslararası Hemşirelik Kongresi, Gaziantep, TÜRKİYE, 1-3 Kasım 2019, 52-62.

5. Ince G, **Kaptan D**, Kahriman I (2019). Öğrenci hemşirelerin klinik uygulamalara ilişkin görüşleri ve çocuk hemşirelerinden beklentileri. INCARE 2019 Uluslararası Hemşirelik Kongresi, Gaziantep, TÜRKİYE, 1-3 Kasım 2019, 39-51.
6. Ince G, **Kaptan D**, Kahriman I (2019). Hemşirelerin pediatri uygulama deneyimleri, invaziv ve noninvaziv hemşirelik uygulamaları hakkındaki görüş ve önerileri. 6. Uluslararası 17. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara, TÜRKİYE, 19-21 Aralık 2019, 1615-1625.
7. **Kaptan D**, Ince G, Kahriman I (2019). Öğrenci hemşirelerin çocuk sağlığı ve hastalıkları dersi uygulamalarına ilişkin görüş ve deneyimleri. 6. Uluslararası 17. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara, TÜRKİYE, 19-21 Aralık 2019, 1645-1652.

