

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HASTANEDE ÇOCUĞU YATAN EBEVEYNLERİN
HEMŞİRELERİN AİLE MERKEZLİ HEMŞİRELİK
BAKIMIYLA İLGİLİ DENEYİMLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Esra GARLI

**Enstitü Anabilim Dalı : Hemşirelik
Enstitü Bilim Dalı : Hemşirelik**

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nursan ÇINAR

ARALIK – 2018

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ




HASTANEDE ÇOCUĞU YATAN EBEVEYNLERİN
HEMŞİRELERİN AİLE MERKEZLİ HEMŞİRELİK
BAKIMIYLA İLGİLİ DENEYİMLERİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Esra GARLI

Enstitü Anabilim Dalı : Hemşirelik

“Bu tez 20/12/2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği/Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Prof. Dr. Nursan GINAR	BAŞARILI	
Doc. Dr. Dilek AYGIN	BAŞARILI	
Dr. Öğr. Üyesi. Sevil ŞAHİN	BAŞARILI	

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilemeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

...../...../2018

Esra GARLI

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimin süresince fikir, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım ve bu araştırmanın planlanmasından yazım aşamasına kadar fikir ve görüşleriyle beni destekleyen ve her zaman varlığını yanımda hissettiğim değerli danışmanım Prof. Dr. Nursan ÇINAR'a , değerli hocam Prof. Dr. Sevin ALTINKAYNAK' a, yüksek lisansa başlamama vesile olan, desteğini ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dilek KÖSE MENEKŐE' ye, araştırmaya katılan bütün ebeveynlere, bu süreçte her zaman yanımda olan ve beni destekleyen sevgili eşime ve aileme, yardımlarını ve varlığını her zaman yanımda hissettiğim sevgili arkadaşım Ayőe GÜLSER KARADAŐ' a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER	v
TABLolar	vi
ÖZET	vii
SUMMARY	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. AİLE MERKEZLİ BAKIM TANIMI VE AMACI	5
2.1.1. Aile Merkezli Bakım İlkeleri	6
2.1.2. Aile Merkezli Bakımın Gelişim Aşamaları.....	6
2.1.3. Aile Merkezli Bakım Ve Hemşirelik	8
2.1.4. Aile Merkezli Bakım Yararları	10
2.1.4.1. Ebeveyn Açısından Yararları.....	10
2.1.4.2. Çocuk İçin Yararları	12
2.1.4.3. Hemşireler Açısından Yararları	12
2.1.5. Aile Merkezli Bakım Uygulamasında Yaşanılan Güçlükler	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ	15
3.2. ARAŞTIRMANIN İZİNİ	15
3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	15
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	16
3.5. ARAŞTIRMAYA DAHİL OLMA KRİTERLERİ	16
3.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI ..	16
3.6.1. Soru Formu.....	16
3.6.2. Aile Merkezli Bakım Ölçeği	17
3.6.2.1. Eşleşme Yüzdesini Belirlemek	17
3.6.2.2. Eşleşme Yüzde Puan Hesaplaması	18
3.7. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	18
3.8. VERİLERİN TOPLANMASI	19

3.9. VERİLERİN ANALİZİ	19
4. BULGULAR	20
4.1. EBEVEYNLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ	20
4.2. ÇOCUĞUN TANITICI ÖZELLİKLERİ	21
4.3. AİLE MERKEZLİ BAKIMLA İLİGİLİ BULGULAR	22
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	29
KAYNAKLAR	36
EKLER.....	42
ÖZGEÇMİŞ.....	53



KISALTMALAR VE SİMGELER

AMB : Aile Merkezli Bakım

AMBÖ : Aile Merkezli Bakım Ölçeği



TABLÖLAR

Tablo 1. Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Güvenirliğinin İncelenmesi	18
Tablo 2. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=350).....	20
Tablo 3. Çocuğun Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=350)	21
Tablo 4. Çocuğun Bakımına Katılmaya İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	22
Tablo 5. Aile Merkezli Bakım Ölçeğine Verilen Puanların Tanımlayıcı İstatistikleri ve Eşleşme Oranı(n=350).....	23
Tablo 6. Ebeveynlerin Eğitim Durumları İle Önemlilik, Tutarlılık ve Eşleşme Yüzdesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	24
Tablo 7. Hastanede Yatan Çocukların Yaşları İle Önemlilik, Tutarlılık ve Eşleşme Yüzdesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	25
Tablo 8. Hastanede Yatan Çocukların Cinsiyetleri İle Önemlilik, Tutarlılık ve Eşleşme Yüzdesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	25
Tablo 9. Çocukların Yattıkları Servisler İle Önemlilik, Tutarlılık ve Eşleşme Yüzdesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	26
Tablo 10. Hastaneye Yatış Türleri İle Önemlilik, Tutarlılık ve Eşleşme Yüzdesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	27
Tablo 11. Çocukların Hastanede Yattıkları Gün Sayıları İle Önemlilik, Tutarlılık ve Eşleşme Yüzdesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	27

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Aile merkezli bakım (AMB), hastanın bakımıyla ilgili tüm kararlara ailenin dahil olması ve sağlık çalışanlarıyla güçlü bir işbirliği içinde bakımın sürdürülmesini temel alır. Bu çalışma; hastanede çocuğu yatan ebeveynlerin hemşirelerin aile merkezli hemşirelik bakımıyla ilgili deneyimlerini belirlemek amacı ile gerçekleştirildi.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlayıcı ve analitik olarak planlanan araştırma Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 350 ebeveynin katılımı ile gerçekleştirildi. Veri toplama aracı olarak soru formu ve Aile Merkezli Bakım Ölçeği (AMBÖ) kullanıldı. Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 23 programı aracılığıyla değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya katılan ebeveynlerin %89,7' sinin hastanede çocuğun bakımına katıldığı, katılmayanların ise çoğunluğunun bakıma katılmayı gerekli görmediği belirlendi. AMBÖ'ne verilen puanların tanımlayıcı istatistikleri sonucunda önemlilik ve tutarlılık düzeylerine ait ortanca değeri 4 bulundu. En yüksek eşleşme oranına sahip maddeler 'Hemşireler iyi bakım verildiğini çocuğuma hissettirirler' ve 'Hemşireler çocuğuma verdikleri bakımın iyi olduğunu bana hissettirirler' iken en düşük eşleşme oranına sahip maddenin 'Hemşireler çocuğumun durumunda olabilecek değişiklikler hakkında açıklama yaparlar' olduğu belirlendi.

SONUÇ: Aile merkezli bakım uygulamaları ile ilgili hemşirelerin aileye ve çocuklara verdikleri bakımın iyi olduğunu hissettirdikleri; fakat çocuğa verilen bakım ve çocuğun durumundaki değişiklikler hakkında ebeveynlerin daha fazla bilgilendirilmeye gereksinim duydukları saptandı. Hastaneye acil yatan ve 7 gün ve üzerinde hastanede kalan ebeveynlerin hemşirelerin aile merkezli bakım uygulamalarından daha memnun oldukları belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Aile, Çocuk, Bakım, Aile merkezli bakım, Hemşirelik bakımı

SUMMARY

Identifying The Experiences Of The Parents, Whose Children Are Inpatient About The Family-Centered Nursing Care Of Nurses

INTRODUCTION AND PURPOSE: Family-centered care (FCC) is based on the family involvement in all decisions regarding the care of the patient and on maintaining care in strong cooperation with healthcare professionals. This study is implemented to determine the experiences of the parents whose children are inpatient about the family-centered nursing care of the nurses.

MATERIALS AND METHODS: The descriptive and analytical research was carried out with the participation of 350 parents at the Sakarya Obstetrics and Gynecology Hospital and Sakarya University Training and Research Hospital. Questionnaire and Family-Centered Care Scale (FCCS) were used as data acquisition tools. The data obtained from the study were transferred to the computer environment and evaluated by the SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 23.

RESULTS: It has been determined that 89,7% of the parents, who participated in the study, were involved in childcare in the hospital and those who do not, do not consider it necessary to do so. The median number for the level of significance and consistency is calculated as four in consequence of descriptive statistics of the scores in FCCS. While the highest matching ratio is ‘Nurses help my child to feel well-cared-for’ and ‘Nurses help me to feel well-cared-for’, the lowest matching ratio is ‘Nurses explain about changes I could expect in my child’s condition’.

CONCLUSION: It is observed that nurses make the family and children feel good about the family-centered care practices provided by nurses, yet parents need more information about the possible changes in their child's situation and the childcare. The parents whose children are inpatient from emergency, and who stayed in the hospital for seven days and over, noted that they are pleased concerning the family-centered care practices of nurses.

Keywords: Family, Child, Care, Family-centered care, Nursing care

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuk aile ortamında yetişir ve topluma hazır hale gelir. Bedensel, zihinsel, fizyolojik ve psikolojik açıdan sağlıklı bir birey olarak büyümesinde ve davranışlarının şekillenmesinde ebeveynlerin rolü çok fazladır (Shelton and Stepanek 1995). İnsanın aile ve aile üyeleri ile olan ilişkileri farklı şekillerde ve kesintiye uğramadan hayat boyu devam eder (Sousa, Antunes, Carvalho and Casey 2013). Hastanede yatan çocuklarda da bu ilişkinin kesintiye uğramadan devam etmesi gereklidir (İşler ve Conk 2006).

Çocuğun hastaneye yatması ebeveynler ve çocuk için stresli bir durumdur (Hallström, Runesson and Elander 2002). Bu durum ailenin günlük rutinlerinin, aile içindeki rollerinin ve görevlerinin değişmesine neden olmaktadır (Çavuşoğlu 2013; Sarajarvi, Haaapamaki and Paavilainen 2006). Aile içindeki değişikliklerin dışında hastane ortamının tanınmaması, bilmedikleri araçlarla karşılaşmaları, ailenin çocuğun bakımı ile ilgili görevlerinin değişmesi, tedavi süreci ile ilgili belirsizlik ve çocuklarının bakımı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmamaları ailenin anksiyete yaşamalarına neden olmaktadır (Çavuşoğlu 2008, Hockenberry, Wilson and Sanders 2009).

Hastanede yatma aileleri olduğu kadar çocukları da birçok yönden etkilemektedir. Aile ortamından uzaklaşmaları, belirsizliklerin çok olduğu tanımadıkları bir ortama girmeleri, fiziksel açıdan zarar görmeleri, ağırlı işlemler, ameliyat ve kontrol kaybı gibi durumlar çocukların endişe duymalarına sebep olmaktadır. Fakat hastanede yatmanın çocuklar üzerindeki olumsuz etkisinin en önemli nedeni ailelerinden ayrılmalarıdır (Newton 2000; Palmer 1993; Griffin 2003). Çocuğun duygusal desteğe ihtiyacı olduğu için, hastaneye yattığında da primer bakımından sorumlu kişilerle olan ilişkilerinin sürdürülmesi önemlidir (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009).

Çocuk ve ailenin yaşadığı stres ve kaygıyı azaltarak çocuğun iyileşme dönemini hızlandırmanın en iyi yolu AMB uygulanmasıdır (Weglarz and Boland 2005). Aile merkezli bakım yaklaşımının kabul edilmesindeki önemli gelişmelerden biri 1959 yılında İngiltere’de yayınlanan Platt Raporudur. Bu raporda çocukların hastaneye yatışlarında ebeveynleri ile beraber olması, aile bireylerine 24 saat ziyaret etme hakkı verilmesi ve çocukların yaş dönemlerine uygun hastanelerde farklı düzenlemeler yapılması gerektiği vurgulanmıştır (Palmer 1993; Mikkelsen and Frederiksen 2011). 1960’lı yıllarda sağlık personelleri çocukların bakımlarını ebeveynlerden daha iyi yapacaklarına inandıkları için, ebeveynlerin çocukların bakımına katılmasına olumlu bakmamışlardır (Newton 2000; Mikkelsen and Frederiksen 2011). 1970’li yılların son dönemlerinde hastaneye yatan çocukların bakım aşamasında ebeveynlerin ve çocukların duygusal ihtiyaçları önemsenmeye başlanmıştır (Callery and Smith 1991). AMB 20. yüzyılın ikinci yarısından sonra çocuk sağlığını koruma ve sürdürmede ailenin öneminin artması nedeniyle sağlık bakımında önemli bir bakım modeli olarak ortaya çıkmıştır (Newton 2000; Mikkelsen and Frederiksen 2011). Bu uygulamaların gelişmesi sonucu aile merkezli bakım 21. yüzyılda pediatri hemşireliğinin temel felsefesi olmuştur (Newton 2000; Potts and Mandleco 2012; Erdemir 2005).

Aile merkezli bakım, çocuğa sunulan hizmetleri belirlemek için ebeveynler ile sağlık personellerinin birlikte çalıştıkları bir sağlık bakım modelidir (Macnab, Thiessen, Mcleod and Hinton 2000). Aileyi bakımın her aşamasına katmayı temel alan bir yaklaşımdır. Hastanede yattığı süre boyunca ailenin çocuğun yanında bulunması ve bakıma katılması çocuğun fizyolojik, psikolojik ve sosyal sağlığına olumlu yönde etki etmektedir (Yıldırım 2008).

Aile merkezli bakım; ailenin kültürel farklılıklarını kabul eden, sadece çocuğun değil tüm aile bireylerinin ihtiyaçlarını önemseyen bir yaklaşımdır. Aile ile sağlık personelleri arasında işbirliğini sağlayan, çocuk ve ailesini fiziksel, duygusal, sosyal, kültürel ve dini yönden bir bütün olarak ele alan bir bakım modelidir (Potts and Mandleco 2012; Hanson and Randall 1999; Linkede, Leonard, Presler and Garwick 2002). Saygı, iş birliği ve destek aile merkezli bakım felsefesinin temelini oluşturur (Yıldırım 2008).

Çocuk doğduğu andan itibaren ailenin inançları, değerleri, uygulamaları, gelenekleri ve göreneklerinden etkilenir. Bu nedenle bu felsefe ailenin içinde yaşadığı kültürün özelliklerini, geçmişini, hedeflerini, hayallerini, baş etme becerilerini, destek sistemlerini, hizmet ve bilgi gereksinimlerini göz önünde bulundurur. Aile merkezli bakım modelinin temelinde, çocuğun bakım gereksinimlerinin karşılanması için aile ile işbirliği vardır. Anne, baba ve çocuk arasındaki sevgiye dayalı, güçlü ilişki çocuk için en önemli destek kaynağıdır (Büyükgönerç ve Törüner 2012).

Ailelerin hastanede çocuklarının bakımına katılabilmeleri için çocuklarının yattığı yeri tanımaları ve sağlık çalışanları ile aralarında iyi bir iletişim olması gerekir. Bu nedenle çocuğun hastaneye yatışından itibaren çocuklara ve ailelere servisin tanıtılması, servis rutinleri ve servis çalışanları ile ilgili bilgi verilmesi, tedavi süresi boyunca çocuk ile ilgili bilgilerin tam ve tarafsız bir şekilde aileye verilmesi aile merkezli bakım ile ilgili önemli hemşirelik girişimlerindedir. Araştırmalarda çocuğun durumu ile ilgili bilgi verilen, çocuğunun bakımına ve karar verme aşamasına katılan annelerin daha az korku ve anksiyete yaşadığı saptanmıştır (Linkede et al 2002, Kuzlu, Kalıncı ve Topan 2011).

Shields'in 2004 yılında yaptığı çalışmasında özellikle İngiltere, Kanada, Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş ülkelerin çocuk hastanelerinde çocuk ve ebeveynlere aile merkezli bakım ilkeleri ışığında bakım verildiği ve aile merkezli bakımın hastane politikası haline geldiği görülmektedir. Ayrıca bu hastanelerde yoğun bakım ve acil üniteleri gibi ailelerin çocukların yanında bulunmasının uygun bulunmadığı kliniklerde bile aile merkezli bakım verilmekte ve anne ve babaların yirmi dört saat çocuklarıyla beraber kalabilmeleri için gerekli fiziksel koşullar sağlanmaktadır (Shields and Nixon 2004). Aile merkezli bakımın ülkemizdeki durumuna bakıldığında, ebeveynlerin çocukları ile birlikte hastanede kalmaları ile ilgili standart bir uygulamanın olmadığı ve hastanelerdeki uygulamalar ile hastane politikaları arasında farklılıklar olduğu görülmektedir (Boztepe 2009). Hasta bakım sisteminin yapısı ve kurumsal işleyişi AMB'nin başarılı olmasında etkilidir. Sağlık bakım sistemi ailenin ihtiyaçlarını giderecek ve aileler tarafından kolay ulaşılabilir olacak şekilde düzenlenmelidir (Tosun ve Tüfekci 2015).

Bu çalışmanın amacı hastanede çocuğu yatan ebeveynlerin hemşirelerin aile merkezli hemşirelik bakımıyla ilgili deneyimlerini belirlemektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. AİLE MERKEZLİ BAKIM TANIMI VE AMACI

Aile merkezli bakım uygulamaları hastanede ailelerin ve çocukların ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayan, çocuk sağlığı hemşireliğinde önemli bir bakım modelidir (Curley, Hunsberger, Harris 2013). “Çocuk sağlığı hemşireliğinde aile merkezli bakım; çocuk ve ailenin fiziksel, duygusal, sosyal, entelektüel, kültürel ve spiritüel yönlerden bir bütün olarak ele alındığı holistik/bütüncül bakım yaklaşımlarıdır” şeklinde tanımlanmıştır (Büyükönenç ve Törüner 2012). Aile merkezli bakım kavramı, hastanın bakımıyla ilgili tüm kararlara ailenin dahil olması ve sağlık çalışanlarıyla güçlü bir işbirliği ile bakımın sürdürülmesini temel alan bir yaklaşımdır (Doğan 2010).

Aile merkezli bakım, sağlık çalışanları ve hastaların aileleri arasındaki işbirliğine dayalı, sağlık hizmetinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesini kapsayan bir bakım modelidir (Erdeve 2009). Aile merkezli bakım multidisipliner bir ekip çalışması ile sağlanır. Bu ekibi doktor, hemşire, aile, sosyal hizmet uzmanı, eczacı, diyetisyen, fizyoterapist ve çocuk gelişim uzmanı oluşturur (Titone, Cross, Sileo and Martin 2004; Daneman, Macaluso and Guzzetta 2003)

Aile merkezli bakımda amaç, aile ve çocuk arasındaki ilişkinin kesintiye uğramasını önlemek, aile ile işbirliği yapmak, hastanede ailenin ve çocukların ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılamak, çocuk ve ailenin yaşam kalitesini güçlendirmek, çocuk-ailenin hastalığa ve hastanede yatmaya karşı verdiği tepkileri en aza indirmektir (İşler ve Conk 2006; Hockenberry et al 2009; Doğan 2010; Kuğuoğlu, Çövener ve Aktaş 2009). Hastanede yatma süresince annenin çocuğun yanında kalması çocuğun psikolojik, sosyal ve fizyolojik sağlığını olumlu yönde etkilemektedir (Yıldırım 2008).

2.1.1. Aile Merkezli Bakım İlkeleri

Çocuğun hastaneye yatması ebeveynler ve çocuk için stresli bir durumdur (Hallström et al 2002; Er 2006). Sağlık çalışanları ailelerin temsilcileri olarak aileye karar verme aşamasında yardımcı olur ve aileyi her yönüyle bakıma dahil etmeyi amaçlarlar (Majamanda, Munkhondya, Simbota and Chikalipo 2015). Pediatri aile merkezli bakım, ebeveynlerin çocuğun birincil güç ve destek kaynağı olduğu anlayışına dayanmaktadır. Aile merkezli bakım uygulamaları doğrultusunda ailenin hastanede yatan çocuğun bakımına katılması aile ve sağlık çalışanları arasındaki iletişimi güçlendirir (Dur, Gözen ve Bilgin 2016). Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics-AAP) sağlık çalışanları ve ailenin işbirliği içinde bakımı sürdürebilmeleri için, sağlık çalışanlarını bu doğrultuda yönlendirebilecek ilkeler geliştirmiştir.

Bu ilkeler:

- 1) Çocuk ve ailesine saygı göstermek,
- 2) Ailelerin etnik, kültürel, sosyoekonomik ve ırksal farklılıklarına, baş etme yöntemlerine saygı göstermek,
- 3) Çocuk ve ailenin en zor durumlarda bile güçlü yanlarının farkına varmak ve cesaret vermek,
- 4) Bakım ve destek yaklaşımları hakkında çocuk ve ailenin seçimlerini kolaylaştırmak ve desteklemek,
- 5) Sağlık politikalarını ve prosedürlerini ailenin ihtiyaçlarına, inançlarına ve kültürel değerlerine uygun düzenlemek,
- 6) Çocukla ilgili bilgileri sürekli ve eksiksiz olarak aile ile paylaşmak,
- 7) Her yaş dönemindeki çocuk, anne-baba ya da bakım veren kişiye resmi ya da gayri resmi destek vermek (American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care 2003).

2.1.2. Aile Merkezli Bakımın Gelişim Aşamaları

Aile merkezli bakımın temelleri 18. ve 19. yüzyıllara uzanmaktadır. Bu dönemlerdeki küreselleşme, endüstrileşme, nükleer olaylar ve kapitalizm çocuk sağlığı bakımında da gelişmelere sebep olmuştur. İlk çocuk sağlığı hemşireliği

eğitimi 1878 yılında, 1852 yılında Londra’da kurulan Dr. Charles West Çocuk Hastanesinde yapılmıştır (Shields and Tanner 2004). Bu dönemdeki hastanelere bakıldığında kronik hastalığı olan çocukların tedavileri ve hastanede kaldıkları süreler uzun ve ailelerini görme sıklığı azdı. Sağlık çalışanlarının ziyaret saatleri ile ilgili sert tutumları sebebiyle aileler hastanede çocuklarını sadece bir gün içerisinde çok kısa süre ziyaret edebilmekteydi. Ziyaret saatleriyle ilgili sağlık çalışanlarının sert tutumları, hastanelerin büyük yerleşim yerlerinde olması sebebiyle kırsal kesimde yaşayan ailelerin hastaneye ulaşımında zorluk yaşamaları gibi nedenlerden çocuk ve ailenin birbirlerini görme süreleri kısalmaktaydı (Shields and Nixon 2004). Bu durum uzun süre hastanede yatan çocuklarda psikososyal travmaya neden olmaktadır (Harrison 2010).

II. Dünya savaşının yapıldığı dönemde enfeksiyon hastalıklarının ortaya çıkması sebebiyle, hastanelerde salgınları engellemek için önlemler alınmış, enfeksiyonların yayılmasını önleme amaçlı ebeveynlerin ziyareti sınırlandırılmıştır. Ayrıca, sağlık personelleri 1960’lı yıllara kadar hastanede yatan çocuğun ailesinin yanında bulunmaması gerektiğini düşünmüşlerdir (Harrison 2010).

John Bowlby ve James Robertson, anne çocuk ayrılığı ve bunun sonuçları hakkında 1950’li yıllarda bir kuram geliştirmişlerdir. Bir film yapımcısı ve araştırmacı olan James Robertson, 1953 yılında “Hastaneye anneyle gitmek” ve “İki yaşındaki çocuk hastaneye gidiyor” adlı iki filminde ve 1958 yılında yayınladığı “Küçük çocuklar hastanede” adlı kitabında hastanede kalma sürecinde hastalıktan çok anneden ayrılmaya bağlı çocuğun yaşadığı stres ve acıyı ortaya koymuştur. Bu durumun çocuğun iyileşme sürecinin uzamasına neden olduğunu savunmuştur (Jolley and Shields 2009).

İngiltere’de Sağlık Bakanlığı tarafından 1959 yılında yayınlanan ve 55 öneriden oluşan Platt Raporu ile çocukların hastanede anneleri ile beraber olmalarını destekleyen, ziyaret sınırlamasının kaldırılmasını içeren hareketler başlamıştır. Bu raporda ebeveynlerin ziyaretinin sınırlı olmaması, ziyaretlerin 24 saat olması, çocukların anneleriyle beraber hastaneye kabul edilmesi, annelerin çocuklarıyla beraber hastanede kalması, hastanede çocuğun yaşına uygun oyun aktivitelerinin sağlanması, sağlık çalışanlarının hasta çocuğa duygusal destek sağlayabilecek

yeterlilikte olması ve eğitimlerinin bu doğrultuda planlanması gerektiği vurgulanmıştır. 1960'lı yıllardaki bu gelişmelere rağmen, sağlık çalışanları çocukların bakımını kendilerinin daha iyi yapacağına inanıyor, ailelerin çocukların bakımına katılmasını desteklemiyorlardı (Shields and Tanner 2004).

1970'li yılların sonlarına doğru ebeveyn ve çocukların hastanede ayrılmasının etkilerine yönelik yapılan birçok çalışma sonucu ailelerin çocukların temel bakımını karşılamadaki yeteneklerinin farkına varılmıştır. Bunun sonucunda hastaneye yatan çocukların bakım sürecinde çocuk ve ailenin duygusal ihtiyaçları dikkate alınmaya başlanmıştır (Palmer 1993). Çocuk sağlığını koruma ve sürdürmede ailenin önemli olduğu görülmüş, sağlık çalışanları bakımda ailenin rol almasını sağlayacak şekilde planlama yapmaya başlamıştır. Çocukların sağlığının sürdürülmesinde ailenin bakıma katılmasının öneminin artmasıyla, AMB 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren hemşirelik bakımında önemli bir kavram olarak ele alınmaya başlanmıştır (Newton 2000).

Günümüzde ailelerin büyük bir kısmı hastanede çocuklarıyla birlikte kalabilmekte ve hastane sürecinin tüm aşamalarında gün boyunca yer alarak çocuklarının bakımında aktif bir şekilde rol alabilmektedirler (Yıldırım 2008).

2.1.3. Aile Merkezli Bakım Ve Hemşirelik

Çocuğun hastaneye yatması ebeveynler ve çocuk için stresli bir durumdur. Bu durum ailenin günlük rutinlerini etkileyebilmekte ve aile ortamındaki rol ve sorumluluklarında değişikliklere neden olabilmektedir. Aile ortamında yaşanan değişikliklerin dışında hastane ortamını tanımamaları, bilmedikleri araçlarla karşılaşmaları, çocuğun bakımındaki görevlerinin değişmesi ailenin endişe ve korku yaşamasına sebep olabilmektedir. Çocuk ve ailenin yaşadığı korku ve endişeyi azaltmak, iyileşme dönemini hızlandırmak için AMB yaklaşımı önemlidir (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009). Bakım veren hemşirelerin bu konuda ailelere yardımcı olması gereklidir. Hemşireler, aile bütünlüğünü sağlamak için ebeveynlerin rol ve sorumluluklarını yerine getirmelerine yardımcı olmalıdırlar. Çocuğun hayatında ailenin devamlılığının önemli olduğunu bilen hemşireler, ailenin bakıma katılması için gerekli şartları sağlamaya çalışmalıdırlar (Yıldırım 2008).

Doğduğu andan itibaren çocuk ailenin inançları, gelenekleri, değeri, tutum ve davranışlarından etkilenmektedir. Hemşirenin çocuğu doğru değeriendirebilmesi ve çocuğun ihtiyacına göre bakımı planlayabilmesi için aileden çocuk ile ilgili gerekli bilgileri edinmesi, ailenin bilgi ve uygulamalarını dikkate alması önemlidir (Çavuşoğlu 1995). Çocukluk yaş grupları kendine özgü gelişimsel özellikler taşımaktadır. Bebek, çocuk, adölesan ve onların ailelerinin gelişimsel ihtiyaçlarını anlamak ve bu ihtiyaçların sağlık bakım sisteminde yer almasını sağlamak AMB'ın en temel ilkelerinden biridir. Bu nedenle pediatri hemşiresi çocuklara uygun bakımı sağlayabilmek için gelişimsel özelliklerini dikkate almalıdır (Yıldırım 2008).

Aile sağlık ekibinin bir parçası olarak önemli sorumluluklar taşır. Fakat aile çocuğun bakım sürecinde tıbbi dili konuşmada ve anlamada sıkıntı çekebilir. Ayrıca çocuk ve ailesi kültürel değeri bakımından da bu süreçte zorluk çekebilirler. Hemşireler ailelere yardımcı olmalıdırlar. Bu süreçte en önemli nokta açık ve etkili iletişimidir (Tosun ve Tüfekci 2015).

Aile çocuğun sosyal, duygusal ve gelişimsel açıdan sağlık bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında en çok sorumluluğu sahiptir. Aile ve sağlık profesyonellerinin rol ve sorumluluklarının tanımlanması aile ve sağlık profesyonelleri arasında işbirliği sağlanması için önemli bir adımdır. Bu konuda hemşireler yeterli deneyim ve bilgiye sahip olmalı ve bu yeteneklerini etkin bir şekilde kullanabilmelidirler (Aykanat ve Gözen 2014).

Aile ve sağlık çalışanları arasında etkili bir iletişim sağlanması, ailenin bakıma katılması ve karar vermede desteklenmesi önemlidir. Hemşireler, bakım sürecinde ailelerin aktif rol alabilmesi için gerekli bilgi ve desteği sağlamalıdırlar. Hemşirelerin ailenin bakıma katılması konusunda olumlu düşünmesi etkili ve başarılı bir bakım süreci sağlar (Tosun ve Tüfekci 2015).

Çocukların bakımı ile ilgili bilgi verilmesi ve bu bilginin tarafsız olarak paylaşılması aile için önemlidir. Aile ile sağlık çalışanları arasında işbirliğinin sağlanmasıdaki ilk adım bilginin paylaşılmasıdır. Hemşireler, kriz ve stres durumlarında aile ile yaşanabilecek iletişim engellerinin farkında olup, yaşanan duruma göre bakımı yönlendirebilmelidirler (Hallström et al 2002).

Polki ve arkadaşları (2002)'nin çalışmasında hastaneye yatan çocuklardaki cerrahi ağrıyı gidermede ebeveynlerin bakıma katılımlarını etkileyen faktörlere ilişkin görüşleri belirlenmiştir. Aileler verilen bilgilerin anlaşılır olmasının, çocuklarına duygusal destek sağlama ve bakıma katılma açısından desteklenmelerinin bakıma katılımlarını artırdığını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada ailenin bilgi eksikliği, ailenin bilgisinin önemsenmemesi, hemşirelerin zamanının olmaması ailenin bakıma katılımını engelleyici etkenler olarak saptanmıştır (Pölkki et al 2002).

Peterson ve arkadaşları (2004)'nin hemşirelerin aile merkezli bakım uygulamalarını nasıl algıladığını ve uygulamada nasıl kullandığını ortaya çıkarmak amacıyla yaptıkları çalışmada; hemşireler aile merkezli bakımın uygulanabilmesi için en önemli ilkeler arasında ailenin bireyselliğini tanıma, bilgiyi paylaşma, duygusal ve maddi destek sağlamanın yer aldığını bildirmişlerdir. Ayrıca hemşireler, aile merkezli bakımın bakımda önemli olduğunu belirtmişlerdir (Peterson, Cohen and Parsons 2004).

Hasta bakım sisteminin yapısı ve kurumsal işleyişi aile merkezli bakımın başarısı üzerinde etkilidir. Sağlık bakım sisteminde, aile merkezli bakım uygulamalarıyla aile ve çocuğun ihtiyaçlarını karşılayacak ulusal ve kurumsal politika ve programlar düzenlenmelidir. Hemşireler de bu politika ve programların düzenlenmesinde aktif rol almalıdır (Aykanat ve Gözen 2014). Hemşire aile merkezli bakımın önemi ve uygulanması ile ilgili yapılacak araştırmalara katılmalı, araştırmacı rolünü kullanarak yeni kanıt temelli araştırma sonuçlarını uygulamalarına aktarmalıdır (Hockenberry et al 2009).

2.1.4. Aile Merkezli Bakım Yararları

Aile merkezli bakımın, hastaneye yatmanın çocuk ve ebeveyn üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirmede etkili olduğu bilinmektedir (Yıldırım 2008).

2.1.4.1. Ebeveyn Açısından Yararları

Ebeveynler sağlık ekibinin bir üyesi oldukları ve kendi uzmanlıklarına değer verildiği zaman çocukların hastalığında yaşanan güven ve yeterlilik hissi artmakta, kendilerini daha önemli ve faydalı hissetmektedirler. Böylece ebeveyn rollerinde

meydana gelen değişikliklerle daha kolay başa çıkabilmektedirler (Kristenson-Hallström, Elander and Malmfors 1997).

Yapılan araştırmalarda anne-babaların çocuğun hastaneye yatma sürecinde çocuğun o anki durumu, tanı ve tedavisi ile ilgili bilgilendirilmek istedikleri ve bilgilendirilmenin ebeveyn ve çocuğun korku ve endişesini azalttığı belirlenmiştir (Oktay 2004). Cooper ve arkadaşları aile merkezli bakımın yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde uygulanmasının yararını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, AMB uygulamalarının ebeveyn ile bebek arasındaki bağlılığın artmasında, ebeveyn bebek bakım becerilerinin artmasında ve ebeveynlerin bebeğin sağlık durumu ile ilgili yeterli bilgi elde etmelerinde etkili olduğu saptanmıştır (Cooper et al 2007).

Aksu tarafından 2008 yılında yapılan çalışmada aileler girişimler esnasında sevdikleri kişinin yanında kalarak her şeyin yapıldığını gördükleri zaman rahatladıklarını belirtmişlerdir. Aynı zamanda ailelerin ağrıyı ve stresi azaltmak için girişimler sırasında çocuğun yanında olmayı istedikleri, sonucunda da çocukların yaşadığı ağrıda azalma olduğu görülmüştür. Yeniden canlandırma gibi ciddi bir girişimde bile ebeveynlerin çocuğun yanında olmak istedikleri, bu süreçte hastanın yanında olan ailelerin, hastanın yanında olmayan ailelere göre yas süreciyle daha iyi baş ettikleri, aynı şey yeniden olsa yine hastanın yanında olmak istedikleri belirlenmiştir (Aksu 2008).

Dunst ve arkadaşlarının çalışmasında, AMB'in ebeveynlerin öz yeterlilik duygusunu artıran, bakım memnuniyetini yükselten, aile çocuk bağlılığını ve davranışlarını olumlu yönde etkileyen bir bakım modeli olduğu belirtilmiştir (Dunst, Trivette and Hamby 2007).

Aile merkezli bakımın ebeveynler açısından yararları;

- Bakım sürecindeki uyum ve memnuniyet artar
- Sağlık çalışanları ve aile arasında etkin bir iletişim sağlar
- Ebeveynlerin yeni yetenekler kazanmasını destekler
- Ailenin kendine olan güveninde ve sorun çözme becerisinde artış sağlar
- Ebeveynlerin stresini azaltır (Palmer 1993; Saunders, Abraham, Crosby, Thomas and Edwards 2003; Mclindon and Schlucter 2004)

2.1.4.2. Çocuk İçin Yararları

Hastanede yatış süresince ebeveynlerin çocuğun yanında bulunması çocuğun daha az korku ve endişe yaşamasına, çocuğun hastalığına, hastane ortamına ve tedavi sürecine daha iyi uyum sağlamasına, sağlık çalışanları ve aileyle daha etkili bir iletişim kurmasına, iyileşme sürecini daha hızlı geçirmesine neden olur (Yıldırım 2008).

Hallström ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ebeveynlerin çocuklarının yanında kalabildikleri kliniklerdeki çocukların, ebeveynleri yanında kalamayan çocuklara göre daha erken mobilize oldukları, daha az ağrı çektikleri ve daha erken taburcu oldukları belirlenmiştir (Hallström et al 2002).

Byers ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, AMB uygulanan preterm bebeklerin daha az ağladıkları, stres düzeylerinin daha az olduğu ve daha az düzeyde ağrı kesici gereksinimleri olduğu saptanmıştır (Byers et al 2006). Melnyk ve Feinstein çalışmalarında, aileleri bakıma katılan çocuklarda hastaneden ayrıldıktan sonra görülen olumsuz davranış değişikliklerinde ciddi bir azalma olduğunu belirlemişlerdir (Melnyk and Feinstein 2001).

Aile merkezli bakımın çocuk için yararları;

- Hastane ortamına uyum sağlamasında yardımcı olur
- Çocuğun iyileşme sürecini hızlandırır
- Çocuk ve aile arasındaki ilişki kesintiye uğramadan devam eder
- Çocuk, aile ve sağlık çalışanları ile etkili bir iletişim kurar
- Çocuk daha az ağrı ve uykusuzluk çeker (Daneman et al 2003, Kristenson-Hallström et al 1997, McLindon and Schlucter 2004)

2.1.4.3. Hemşireler Açısından Yararları

Aile merkezli bakımın hemşireler için yararları;

- Çocuk sağlığı ve gelişiminde aile ile işbirliği sağlar
- Bakımın tüm aşamalarının kolay uygulanmasını sağlar
- Sağlık çalışanları arasında etkili bir iletişim sağlar

- Zamanın ve kaynakların daha verimli ve etkin kullanımını sağlar (Yıldız ve Temuçin 2015).

Hastaneye yatışı yapılan çocuğun bakımını planlamada önemli olan AMB'nin uygulanabilmesi için çocuğun hayatında ailenin öneminin ve destek sistemlerinin değişebilir olduğunun bilincinde olmak, tüm bakımın uygulanmasında sağlık personeli ile beraber çalışmak, çocuğun durumu ile ilgili bilgilerin her an değişebilir olduğunun farkında olmak, aile içi ve aileler arası kültürel özelliklerin farklı olduğunu kabullenmek ve saygı göstermek, ailelerin ihtiyaçlarına ve baş etme mekanizmalarına saygı göstermek, aile içi ve aileler arası desteği güçlendirmek, ailelerin ihtiyaçlarını karşılamak için imkan sağlamak, ulaşılabilir kapsamlı hizmetler için esnek olmak, aile ve çocukların kendi güçleri ve ilgileri olduğunu, çocuğun sağlığında ailenin önceliği olduğunu kabul etmek gerekmektedir (Kristenson-Hallström et al 1997, Yıldız ve Temuçin 2015).

2.1.5. Aile Merkezli Bakım Uygulamasında Yaşanılan Güçlükler

21. yüzyılda aile merkezli bakım çocuk sağlığı hemşireliğinin temel felsefelerinden biri olmuştur. Bu felsefede bakımın temelinde aile yer alır. Bu temel felsefe benimsenmiş olmasına rağmen ailenin bakıma katılımı konusunda olumsuz düşünceler de bulunmaktadır (Karabudak, Ak ve Başbakkal 2010). Peterson ve arkadaşları bu durumun, çocuk sağlığı hemşirelerinin ve diğer sağlık çalışanlarının aile merkezli bakımı desteklemelerine rağmen bakımlarına bunu her zaman yansıtılmamalarından kaynaklandığını belirtmişlerdir (Peterson et al 2004).

Yapılan araştırmalarda aile merkezli bakıma engel faktörler aşağıdaki gibi sınıflandırılmıştır;

- Hemşirelerin uzun çalışma saatleri ve yoğun çalışma düzenleri sebebiyle ebeveynlere yeterli vakit ayıramamaları
- Ailelere eğitim verilmesinin hemşirelerin iş yükünü arttıracığına inanılması
- Ebeveynlerin hastanedeki rol ve sorumluluklarını belirleyen bir rehberin olmaması
- Ağrılı işlemlerde ailenin çocuğun yanında bulunmasının stresi arttıracığı düşüncesi

- Ailelerin kendilerini sağlık personelleri ile karşılaştırdıklarında kendilerini yetersiz hissetmeleri ve rol çatışması yaşamaları
- Hemşirelerin yasal sorumluluklar sebebiyle bakım uygulamalarını aileler ile paylaşmak istememeleridir.

Ülkemizde aile merkezli bakım modeli bilinmektedir; fakat uygulama alanında kullanılması oldukça kısıtlıdır. Yapılan araştırmalarda ailelerin çocukların tedavi sürecinde verilen kararlara yeterli ölçüde katılmadıkları, tedavi uygulamalarından çok çocukların fiziksel bakımlarına katılabildikleri, çocukların bakımıyla ilgili yeterince bilgilendirilmedikleri, çocuklarıyla ilgili endişelerini paylaşamadıkları, banyo ve dinlenme gibi kendi temel ihtiyaçlarını karşılayamadıklarını, tedavi süreci ile ilgili yeterli bilgi verilmediği, sağlık personellerinin ebeveynlerin tedavi sürecinde yer almalarını yeterince sağlayamadıkları bildirilmektedir. (Kuzlu ve ark 2011, Tosun ve Tüfekci 2015, Öztürk ve Ayar 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Araştırma, hastanede çocuğu yatan ebeveynlerin hemşirelerin aile merkezli hemşirelik bakımıyla ilgili deneyimlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak gerçekleştirildi.

3.2. ARAŞTIRMANIN İZNI

Araştırmanın etik onayı Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alındı (Ek 1.). Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliğinden Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde araştırma yapılabilmesi için gerekli izinler alındı (Ek 2). Aile Merkezli Bakım Ölçeği (AMBÖ)'nin çalışmada kullanılabilmesi için Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Arslan ve Altıparmak'tan izin alındı (Ek 3). Araştırmaya katılan ebeveynlere araştırma ile ilgili bilgilendirme yapıldı ve çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar örnekleme alındı (Ek 4).

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Sekreterliğine bağlı; Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Yenidoğan yoğun bakım, süt çocuğu, çocuk cerrahisi ve çocuk servislerinde çocuğu yatan ebeveynlerle Mayıs 2015 ve Mart 2016 tarihleri arasında yapıldı.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi yenidoğan yoğun bakım, süt çocuğu, çocuk cerrahisi, çocuk servislerinde çocuğu yatan ebeveynler oluşturdu. Örneklem, yenidoğan yoğun bakım, süt çocuğu, çocuk cerrahisi, çocuk servislerinde en az 3 gündür çocuğu yatan, 18 yaş ve üzeri olup araştırmaya katılmayı kabul eden, vaka seçim kriterlerine uygun 350 ebeveynden oluştu.

3.5. ARAŞTIRMAYA DAHİL OLMA KRİTERLERİ

- Çocuğun en az 3 gündür hastanede yatıyor olması
- Ebeveynlerin iletişim probleminin olmaması
- Ebeveynlerin çalışmaya katılmaya gönüllü olması

3.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından konuya ilişkin literatür incelenerek hazırlanan Soru Formu ve Aile Merkezli Bakım Ölçeği kullanıldı.

3.6.1. Soru Formu

Soru formu 14 sorudan oluştu. Soru formu ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine yönelik (çocuğa yakınlık derecesi, yaş, eğitim durumu, mesleği, aile tipi, çocuk sayısı), çocuğun özelliklerine yönelik (yaşı, cinsiyeti, hastanede yattığı servis, hastaneye yatış türü, tanısı, hastanede kalış süresi), bakıma yönelik (hastanede çocuğun bakım ve tedavisine katılma durumları ve katılmama nedenleri) sorulardan oluştu (Ek 5).

3.6.2. Aile Merkezli Bakım Ölçeği

Ebeveynlerin hemşirelerin aile merkezli hemşirelik bakımıyla ilgili deneyimlerini belirlemek amacıyla 'Aile Merkezli Bakım Ölçeği' kullanıldı (Ek 6). Ölçek ebeveynlerin hastanede kaldıkları süre içerisinde verilen hemşirelik bakımının değerlendirilmesi amacıyla 2013 yılında Curley ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Türkiye'de 2015 yılında Arslan ve Altıparmak tarafından geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır.

Ölçek yedi madde, önemlilik ve tutarlılık olmak üzere iki bölümden oluşur. Önemlilik ve tutarlılık bölümlerinde aynı sorular yer almaktadır. Her madde 1-5 arasında puanlanır. Toplam puan hem önemlilik hem de tutarlılık bölümleri için 7-35 arasındadır. Ölçekte alt boyutlar bulunmamaktadır. Ölçeğin önemlilik bölümünde; ebeveynler hemşirelerin verdiği bakımın ne kadar önemli olduğunu, tutarlılık bölümünde ise; hemşirelerin çocuğun bakımına ne kadar ilgi gösterdiklerini değerlendirmektedir. Aile merkezli bakım ölçeğinin değerlendirilmesinde, önem ve tutarlılık puanları tek bir puanda birleştirilir. Belirlenen tek puan eşleşmenin yüzdelik derecesini gösterir.

3.6.2.1. Eşleşme Yüzdesini Belirlemek

Her bir maddenin önem ve tutarlılık puanına bakılarak ve bir maddenin önem puanı ile tutarlılık puanı aynıysa; (örneğin, önem ve tutarlılık puanına 1 verilmesi) ya da tutarlılık puanı önem puanından 1 puan fazla ise (örneğin, önem puanına 1 tutarlılık puanına 2 verilmesi), ebeveynlerin pediatri hemşirelerinden beklediği bakım uygulamaları ve çocuğa verdikleri bakımın arasında olumlu bir eşleşme meydana gelmektedir. Ölçekteki maddelerde bir eşleşme sağlanmadı ise; tutarlılık puanı önem puanından 2 ya da daha fazla olduğu durumda (örneğin, öneme 1 puan tutarlılık 3 puan olduğunda) ya da tutarlılık puanı önem puanından düşük olduğu (örneğin, önem puanına 3 tutarlılık puanına 2 verilmesi) durumda bir eşleşme meydana gelmemektedir. Eşleşme yüzdesi; ebeveynler hemşirelerin verdiği bakımların önemliliğini ve çocuğun bakımıyla ne kadar ilgilendiklerinin derecesini tanımlar. Önem değerlendirilmesi olmadan da tutarlılık puanı kullanılabilir. AMBÖ maddelerinin eşleşme durumu Tablo 1'de verildi.

3.6.2.2. Eşleşme Yüzde Puan Hesaplaması

Eşleşen madde sayısı ölçek maddelerinin sayısına bölünür (Örneğin, 3/7=0,42). Bir eşleşme yüzde puanı belirlemek için 100 ile çarpılarak toplam eşleşme puanı elde edilir. Eşleşme yüzdesinin yüksek puanda olması hemşirelerin ebeveynlerle ilgilendiğini ve çocuğa iyi bakım verildiğini ifade eder. Eşleşme yüzdesinin düşük puanda olması; hemşirelerin ebeveynlere yeterli ilgi göstermediklerini ve çocuğun bakımına yeterli zaman ayırmadıklarını ifade eder. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı önem için 0,70 ve tutarlılık için 0,90 olarak bulunmuştur. Tutarlılık maddeleri için faktör yükleri 0,86-0,92 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda bu oranlar Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1. Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Güvenirliğinin İncelenmesi

	Cronbach's Alfa
Önemlilik Düzeyi	0,835
Tutarlılık Düzeyi	0,841
Ölçek Toplam	0,900

3.7. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı değişken: Aile Merkezli Bakım Ölçek puan ortalaması.

Bağımsız değişkenler: Ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri (çocuğa yakınlık derecesi, yaş, eğitim durumu, mesleği, aile tipi, çocuk sayısı), çocuğun özellikleri (yaşı, cinsiyeti, hastanede yattığı servis, hastaneye yatış türü, tanısı, hastanede kalış süresi), hastanede çocuğun bakım ve tedavisine katılma durumu ve katılmama nedenleri.

3.8. VERİLERİN TOPLANMASI

Veri toplama formları; Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk servisi, çocuk cerrahisi, süt çocuğu, yeni doğan yoğun bakım servislerinde çocuğu yatan 350 gönüllü ebeveyne doldurtuldu. Örneklem kapsamına alınan ebeveynlere araştırmanın amacı açıklanarak, araştırmaya katılımın tamamen gönüllülük esasına dayandığı ve istediklerinde araştırmadan çekilebilecekleri konusunda bilgi verilip yazılı onamları alındı. Yanlı bilgi olmaması açısından araştırmacı ebeveynlere çocuklarının bakımında görev alan hemşire olmadığını açıkladı. Araştırma verileri yüz yüze görüşme yöntemi ile maddeler her bir ebeveyne ayrı ayrı okunarak, hasta odalarında gerçekleştirildi. Veri toplama formunun doldurulması yaklaşık 15 dakika sürdü.

3.9. VERİLERİN ANALİZİ

Çalışma 350 gözlem üzerinden gerçekleştirildi. Veriler IBM SPSS Statistics 23 programına aktarılarak tamamlandı. Çalışma verileri değerlendirilirken sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi ve uyum sağlamadığı görüldü. Kategorik değişkenler için frekans dağılımları, sayısal değişkenler için en düşük değer, en yüksek değer ve ortanca verildi. İki bağımsız grup arasında fark olup olmadığına Mann Whitney U testi ile, ikiden fazla bağımsız grup arasında fark olup olmadığına Kruskal Wallis testi ile bakıldı. Ölçek güvenilirliği için Cronbach's Alfa değerleri yorumlandı.

4. BULGULAR

4.1. EBEVEYNLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ

Tablo 2. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=350)

Yaş	(min;max) 19-53 n	ortanca 31 %
Çocuğa yakınlık derecesi		
Anne	346	98,9
Baba	4	1,1
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	19	5,4
İlkokul	141	40,3
Ortaokul	94	26,9
Lise	65	18,6
Üniversite	31	8,8
Meslek		
Ev hanımı	312	89,4
Memur	11	3,1
İşçi	17	4,9
Serbest meslek	9	2,6
Aile tipi		
Çekirdek aile	261	74,6
Geniş aile	83	23,7
Parçalanmış aile	6	1,7
Çocuk sayısı		
Bir çocuk	108	30,9
İki çocuk	124	35,4
Üç ve üzeri	118	33,7

Tablo 2’de ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Çocuğa yakınlık derecesi bakımından çalışmaya katılanların %98,9’unu annelerin oluşturduğu görülmüştür. Katılımcıların %40,3’ü ilkökul, %26,9’u ortaokul, %18,9’u lise, %8,8’i üniversite mezunu iken %5,4’ünün okuryazar olmadığı, %89,4’ünün ev hanımı, %4,9’unun işçi, %3,1’inin memur olduğu belirlendi. Çalışmada çekirdek

ailelerin oranı %74,6, geniş ailelerin oranı %23,7 iken parçalanmış ailelerin oranının %1,7 olduğu saptandı. Katılımcıların %35,4'ünün iki çocuğu, %33,7'sinin üç ve üzerinde, %30,9'unun ise bir çocuğa sahip olduğu görüldü. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortancası 31,00 olarak belirlendi.

4.2. ÇOCUĞUN TANITICI ÖZELLİKLERİ

Tablo 3. Çocuğun Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=350)

Özellikler	n	%
Hastanede yatan çocuk yaşı		
1 Yaş altı	142	40,6
1-4 Yaş	120	34,3
5-12 Yaş	73	20,8
13-17 Yaş	15	4,3
Hastanede yatan çocuğun cinsiyeti		
Kız	167	47,7
Erkek	183	52,3
Çocuğun yattığı servis		
Yenidoğan yoğun bakım	20	5,7
Süt çocuğu	198	56,6
Çocuk cerrahisi	17	4,8
Çocuk servisi	115	32,9
Yatış türü		
Acil	280	80,0
Planlı	70	20,0
Çocuğun tanısı		
Ağrı	9	2,6
Akut gastro enterit	80	22,8
Solunum yolu hastalıkları	113	32,3
Apandisit	8	2,3
Ateş	59	16,9
Prematüre	11	3,1
Febril konvülsiyon	15	4,3
Diğer hastalıklar	55	15,7
Çocuğun hastanede yattığı gün sayısı		
3-6 gün	311	88,9
7 gün ve üzeri	39	11,1

Tablo 3'te çocukların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı yer almıştır. Hastanedeki çocukların %40,6'sı 1 yaş altı iken %34,3'ü 1-4 yaş, %20,8'i 5-12 yaş, %4,3'ü 13-18 yaş grubunda olduğu görüldü. Çocukların %47,7'sinin kız, %52,3'ünün erkek olduğu, %56,6'sı süt çocuğu servisinde, %32,9'unun çocuk servisinde, %5,7'sinin yenidoğan yoğun bakım servisinde, %4,8'inin çocuk cerrahisi servisinde yatmakta olduğu saptandı. Çocukların %80,0'inin hastaneye acil yatış yaptığı bulundu. Çocukların tanıları incelendiğinde en yüksek oranları sırasıyla %32,3 ile solunum yolu hastalıkları, %22,8 ile akut gastro enterit, %16,9 ile ateş ve %15,7 ile ise diğer hastalıkların oluşturduğu görüldü. Çocukların %88,9'unun 3-6 gün arasında hastanede yatıyor olduğu belirlendi.

4.3. AİLE MERKEZLİ BAKIMLA İLİŞKİLİ BULGULAR

Tablo 4. Çocuğun Bakımına Katılmaya İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	n	%
Bakım ve tedaviye katılma		
Evet	314	89,7
Hayır	36	10,3
Hayır ise nedeni		
Yanlış bir şey yapmaktan korkmak	3	8,3
Gerek yok	32	88,9
Diğer	1	2,8

Tablo 4'te ebeveynlerin çocuklarının bakım ve tedavisine katılma durumları değerlendirildi. Hastanede çocuğunun bakım ve tedavisine katıldığını belirtenlerin oranı %89,7'dir. Katılmadığını bildiren ebeveynlerin %88,9'u gerek olmadığı için, %8,3'ü yanlış bir şey yapmaktan korktuğu için katılmadığını belirtti.

Tablo 5. Aile Merkezli Bakım Ölçeğine Verilen Puanların Tanımlayıcı İstatistikleri ve Eşleşme Oranı(n=350)

Maddeler	Önemlilik Düzeyi		Tutarlılık Düzeyi		Eşleşme	
	En Düşük/En Yüksek Puan	Ortanca	En Düşük/En Yüksek Puan	Ortanca	n	%
Hemşireler bana iyi karşılandığımı hissettirirler.	1-5	4,00	1-5	4,00	276	78,9
Hemşireler çocuğumun bakımında önemli bir yerim olduğunu hissettirirler.	1-5	4,00	1-5	4,00	303	86,6
Hemşireler çocuğumun hemşirelik bakımını planlarken beni ekibin değerli bir üyesi sayarlar.	1-5	4,00	1-5	4,00	283	80,9
Hemşireler yaptıkları hemşirelik bakımı hakkında açıklama yaparlar.	1-5	4,00	1-5	4,00	252	72,0
Hemşireler çocuğumun durumunda olabilecek değişiklikler hakkında açıklama yaparlar.	1-5	4,00	1-5	4,00	245	70,0
Hemşireler iyi bakım verildiğini çocuğuma hissettirirler.	1-5	4,00	1-5	4,00	311	88,9
Hemşireler çocuğuma verdikleri bakımın iyi olduğunu bana hissettirirler.	1-5	4,00	1-5	4,00	311	88,9
Toplam	9-35	28,00	9-35	28,00		
	En Düşük/En Yüksek Puan			Ortanca		
Ölçek Toplam	18-70			56,00		

Tablo 5'te aile merkezli bakım ölçeğine verilen puanların tanımlayıcı istatistikleri ve eşleşme oranları gösterildi. Önemlilik ve tutarlılık düzeylerine ait ortanca değerleri 4 olup tüm maddeler için aynı bulundu. En yüksek eşleşme oranına sahip maddelerin 6. ve 7. maddeler (%88,9) olduğu, en düşük eşleşme oranına sahip maddenin ise 5. madde (%70,0) olduğu görüldü.

Tablo 6. Ebeveynlerin Eğitim Durumları İle Önemlilik, Tutarlılık ve Eşleşme Yüzdesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		En Düşük/En Yüksek	Ortanca	İ^û	p	Fark
Önemlilik Düzeyi	Okuryazar değil	23-35	28,00	2,986	0,560	-
	İlkokul	9-35	28,00			
	Ortaokul	10-35	28,00			
	Lise	14-35	27,00			
	Üniversite	17-35	26,00			
Tutarlılık Düzeyi	Okuryazar değil	23-35	29,00	2,270	0,686	-
	İlkokul	9-35	28,00			
	Ortaokul	12-35	28,00			
	Lise	13-35	27,00			
	Üniversite	16-35	28,00			
Eşleşme Yüzdesi	Okuryazar değil	57,14-100	85,71	4,833	0,305	-
	İlkokul	0-100	85,71			
	Ortaokul	0-100	78,57			
	Lise	28,57-100	85,71			
	Üniversite	14,29-100	85,71			

Tablo 6’da ebeveynlerin eğitim durumları ile önemlilik, tutarlılık ve eşleşme yüzdesi arasındaki ilişki incelendi. Uygulanan Kruskal Wallis testi sonucuna göre eğitim durumları arasında önemlilik düzeyi, tutarlılık düzeyi ve eşleşme yüzdesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 7. Hastanede Yatan Çocukların Yaşları İle Önemlilik, Tutarlılık ve Eşleşme Yüzdesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		En Düşük/En Yüksek	Ortanca	İ^ü	p	Fark
Önemlilik Düzeyi	1 Yaş altı	9-35	26,00	28,058	0,000***	3-1,2
	1-4 Yaş	11-35	28,00			
	5-12 Yaş	20-35	30,00			
	13-18 Yaş	11-35	29,00			
Tutarlılık Düzeyi	1 Yaş altı	9-35	27,00	25,273	0,000***	3-1,2
	1-4 Yaş	13-35	28,00			
	5-12 Yaş	21-35	30,00			
	13-18 Yaş	22-34	28,00			
Eşleşme Yüzdesi	1 Yaş altı	28,57-100	85,71	12,267	0,007**	3-1,2
	1-4 Yaş	0-100	85,71			
	5-12 Yaş	0-100	100,00			
	13-18 Yaş	0-100	85,71			

*: $p<0,05$ **: $p<0,01$ ***: $p<0,001$

Tablo 7’ de hastanede yatan çocukların yaşları ile önemlilik, tutarlılık ve eşleşme yüzdesi arasındaki ilişki belirlendi. Uygulanan Kruskal Wallis testi sonucuna göre hastanedeki çocuk yaşları arasında önemlilik düzeyi, tutarlılık düzeyi ve eşleşme yüzdesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre 5-12 yaş grubundaki çocukların önemlilik düzeyi, tutarlılık düzeyi ve eşleşme yüzdesi ortancaları 1 yaş altı ve 1-4 yaş grubundaki çocukların ortancalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı.

Tablo 8. Hastanede Yatan Çocukların Cinsiyetleri İle Önemlilik, Tutarlılık ve Eşleşme Yüzdesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		En Düşük/En Yüksek	Ortanca	Z	p
Önemlilik Düzeyi	Kız	11-35	28,00	-0,094	0,925
	Erkek	9-35	28,00		
Tutarlılık Düzeyi	Kız	13-35	28,00	-0,923	0,356
	Erkek	9-35	28,00		
Eşleşme Yüzdesi	Kız	0-100	85,71	-0,026	0,979
	Erkek	0-100	85,71		

Tablo 8’de hastanede yatan çocukların cinsiyetleri ile önemlilik, tutarlılık ve eşleşme yüzdesi arasındaki ilişki gösterildi. Uygulanan Mann Whitney U testi sonucuna göre hastanedeki çocukların cinsiyetleri arasında önemlilik düzeyi, tutarlılık düzeyi ve eşleşme yüzdesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 9. Çocukların Yattıkları Servisler İle Önemlilik, Tutarlılık ve Eşleşme Yüzdesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		En Düşük/En Yüksek	Ortanca	İ^û	p	Fark
Önemlilik Düzeyi	Yenidoğan yoğun bakım	20-35	30,50	42,505	0,000***	2-1,4
	Süt çocuğu	9-35	26,00			
	Çocuk cerrahi	18-33	29,00			
	Çocuk servisi	10-35	30,00			
Tutarlılık Düzeyi	Yenidoğan yoğun bakım	20-35	29,50	31,014	0,000***	2-4
	Süt çocuğu	9-35	27,00			
	Çocuk cerrahi	21-34	30,00			
	Çocuk servisi	12-35	30,00			
Eşleşme Yüzdesi	Yenidoğan yoğun bakım	57,14-100	85,71	42,244	0,000***	2-4
	Süt çocuğu	0-100	71,43			
	Çocuk cerrahi	57,14-100	85,71			
	Çocuk servisi	14,29-100	100,00			

*** $p<0,001$

Tablo 9’da çocukların yattıkları servisler ile önemlilik, tutarlılık ve eşleşme yüzdesi arasındaki ilişki belirlendi. Uygulanan Kruskal Wallis testi sonucuna göre çocukların yattıkları servisler arasında önemlilik düzeyi, tutarlılık düzeyi ve eşleşme yüzdesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre süt çocuğu servisinde yatanların önemlilik düzeyi ortancası yenidoğan yoğun bakım ve çocuk servisinde yatan çocukların ortancalarından anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlendi. Süt çocuğu servisinde yatan çocukların tutarlılık düzeyi ve eşleşme

yüzdesi ortancalarının çocuk servisinde yatanların ortancalarından anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı.

Tablo 10. Hastaneye Yatış Türleri İle Önemlilik, Tutarlılık ve Eşleşme Yüzdesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		En Düşük/En Yüksek	Ortanca	Z	p
Önemlilik Düzeyi	Acil	9-35	28,00	-1,073	0,283
	Planlı	10-35	27,00		
Tutarlılık Düzeyi	Acil	9-35	28,50	-3,098	0,002**
	Planlı	12-35	27,00		
Eşleşme Yüzdesi	Acil	0-100	85,71	-2,192	0,028*
	Planlı	0-100	85,71		

*: $p < 0,05$ **: $p < 0,01$

Tablo 10’da hastaneye yatış türleri ile önemlilik, tutarlılık ve eşleşme yüzdesi arasındaki ilişki incelendi. Uygulanan Mann Whitney U testi sonucuna göre yatış türleri arasında önemlilik düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p > 0,05$). Yatış türleri arasında tutarlılık düzeyi ve eşleşme yüzdesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p < 0,05$). Buna göre hastaneye acil yatış yapanların tutarlılık düzeyi planlı yatış yapanlardan anlamlı derece daha yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 11. Çocukların Hastanede Yattıkları Gün Sayıları İle Önemlilik, Tutarlılık ve Eşleşme Yüzdesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		En Düşük/En Yüksek	Ortanca	Z	p
Önemlilik Düzeyi	0-6 Gün	9-35	27,00	-6,134	0,000***
	7 Gün ve üzeri	23-35	33,00		
Tutarlılık Düzeyi	0-6 Gün	9-35	28,00	-4,572	0,000***
	7 Gün ve üzeri	20-35	32,00		
Eşleşme Yüzdesi	0-6 Gün	0-100	85,71	-1,890	0,059
	7 Gün ve üzeri	0-100	100,00		

*** $p < 0,001$

Tablo 11’de çocukların hastanede yattıkları gün sayıları ile önemlilik, tutarlılık ve eşleşme yüzdesi arasındaki ilişki gösterildi. Uygulanan Mann Whitney U testi sonucuna göre çocukların hastanede yattıkları gün sayıları arasında eşleşme yüzdesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Çocukların hastanede yattıkları gün sayıları arasında önemlilik ve tutarlılık düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre hastanede 3-6 gün arasında kalanların önemlilik ve tutarlılık düzeyleri ortancalarının 7 gün ve üzeri hastanede kalanların ortancalarından anlamlı derecede daha düşük olduğu tespit edildi.



5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Aile ile çocuk ilişkisinin hastaneye yattıktan sonra da kesintiye uğramadan devam etmesi aile merkezli bakım uygulamalarının temellerindedir (Harrison 2010). Çocukluk dönemi hastalıkları ve çocuğun hastaneye yatması çocuk ve ebeveynler için stresli bir durumdur. Bu dönemde yaşanan travmanın en alt düzeyde olması sağlık çalışanlarının hedeflerindedir. Hasta çocuğa sahip ailelerde bakımdan sorumlu kişi genellikle annelerdir, babalar ise daha çok yardımcı bir rol üstlenmektedirler (American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care, 2003). Çalışmamızda hastanede çocuğun yanında kalan baba oranının çok az olduğu, hastanede çocuğun yanında daha çok annelerin kaldığı belirlendi (Tablo 2). Araştırmalarda da hastanede çocuğun yanında kalan baba oranlarının anneye oranla çok düşük olduğu görülmektedir (Curley et al 2013, Taşdelen 2006). Tarihten bugüne babalık kavramını incelediğimizde yaşanan dönemin ekonomik, sosyal ve kültürel özelliklerinden etkilendiği ve değiştiği gözlemlenmiştir. Eski toplumlarda baba ailenin geçimini sağlamakla yükümlü aile reisi olarak görülmekteydi. Günümüzde ise toplumsal yapıdaki değişimler, çalışan kadın sayısının artması, doğumdan hemen sonra annenin işe başlaması ve toplumdaki kültürel farklılaşmalar anne-baba rollerinde değişmelere yol açmış ve babayı çocuğun hayatında önemli bir duruma getirmiştir. Günümüzde babalık rolü sadece çocuk ve ailenin ekonomik ihtiyaçlarını karşılamak ve çocuğu disipline etmek değil, bu rollere ilave olarak çocuğuyla ilgilenme, bakımına katılma, aktiviteler yapma, oyunlar oynama, ödev yapma duygularını paylaşma ve çocuğu eğitme gibi yöntemlerle çocuğun gelişimi üzerinde doğrudan etkili olmaktadır. Tüm bu değişimlere rağmen, babalar çocuğun bakımına katılmak istese de çocuk bakımı temel annelik görevi olarak görülmekte ve kadınlara özgü bir rol olarak algılanmaktadır (Yıldız ve Temuçin 2015). Bu algıdan dolayı hastanede çocuğun yanında daha çok annelerin kaldığı düşünülmektedir.

Aile merkezli bakım ailenin çocuğun bakımını planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarına dahil edilmesini ve çocuğun bakımında sağlık çalışanları kadar söz

sahibi olduğunun kabul edilmesini içerir (Tosun ve Tüfekci 2015). Boztepe ve Çavuşoğlu (2009)'nun çalışmalarında annelerin çocukların bakım ve tedavisine katılma durumları ve katılmama sebepleri araştırılmış ve annelerin yarısının kararlara katılmadığı, katılmayanların da % 24,3'ünün kararlara katılmayı gerekli görmediği saptanmıştır. Çalışmamızda bakım ve tedaviye katılma oranının %89.7 olduğu, katılmayanların da çoğunun gerekli görmediği belirlendi (Tablo 4). Ailelerin bakıma katılmayı gerekli görmeme nedenlerinin araştırılması gerektiği düşünülmektedir.

Aile merkezli bakımda aile bakım uygulamalarının her aşamasına katılır. Anne-babalar bakımı planlama, bilgiyi paylaşma, kayıt altına alma ve en önemlisi kararlara katılmada aktif rollere sahiptirler. Bu rollerin uygulanmasında hemşirelerin önemi çok fazladır (Yıldırım 2008). Çalışmamızda ölçek puanlarının tanımlayıcı istatistikleri değerlendirildiğinde önemlilik ve tutarlılık eşleşme oranlarının %70 ile %88.9 arasında değiştiği belirlendi (Tablo 5). En yüksek eşleşme oranına sahip maddelerin 'Hemşireler iyi bakım verildiğini çocuğuma hissettirirler' ve 'Hemşireler çocuğuma verdikleri bakımın iyi olduğunu bana hissettirirler' olduğu belirlendi. En düşük eşleşme oranına sahip maddenin ise 'Hemşireler çocuğumun durumunda olabilecek değişiklikler hakkında açıklama yaparlar' olduğu saptandı. Taşdelen' in çalışmasında 'Çocuğun durumu hakkında kesin bilgiye sahip olmak' ifadesi ebeveynlerin çoğu tarafından en önemli ifade olarak belirlenmiş olup, hastanede çocuklarının yanında kalırken bilgi gereksinimini tüm ihtiyaçlarının üstünde tutmuşlardır (Taşdelen 2006). Çocuğun hastaneye yatışından itibaren tedavi süreci ile ilgili bilgilerin tam ve tarafsız bir şekilde ebeveynler ile paylaşılması AMB ile ilgili önemli hemşirelik uygulamalarındandır (Tosun ve Tüfekci 2015). Bu çalışmadan farklı olarak Altıparmak ve Arslan'ın çalışmalarında önemlilik ve tutarlılık eşleşme oranlarının %93 ile %95 arasında olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar ailelerin hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin oldukça yüksek olduğunu, hemşirelik uygulamalarında aile merkezli bakım felsefesinin önemli olduğunu göstermektedir.

Aile merkezli bakım uygulamalarının temelinde iyi bir aile öyküsü almak yatar. Çocuğun yaşı, ebeveynlerin yaşı, eğitim durumları, sosyal yaşamları, kültürel özellikleri dikkate alınarak uygun iletişim sağlanmalıdır (Ocakçı 2006). Ebeveynlerin eğitim durumlarının hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerini etkilediği

bildirilmiştir (Akkuş 2008; Aşılıoğlu, Akkuş ve Baysal 2009; Görgeç ve Doğan 2002). Arıkan ve arkadaşlarının çalışmasında ebeveynlerin eğitim durumları yükseldikçe ebeveyn katılımı, iletişim ve teknik beceri memnuniyet düzeyinin arttığı belirlenmiştir (Arıkan, Saban ve Baş 2014). Ailenin eğitim durumları arasındaki farklılık değerlendirildiğinde önemlilik düzeyi, tutarlılık düzeyi ve eşleşme yüzdesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 6). Hemşirelerin ailelerin eğitim seviyelerine uygun şekilde iletişim kurarak bakımın sürdürülmesinde ailenin katılımına önem verdiği düşünülmektedir.

Hemşire hastanede yatan çocuğun korku ve anksiyetesini azaltmalı, alışmış olduğu rutinlerini olabildiğince sürdürmeli, ailenin bakıma katılımını sağlamalı, her yaş grubu çocuğun gereksinimlerinin farklı olduğunun bilincinde olup hastanede yatmanın çocuk için olumlu bir yaşantı olmasını sağlamalıdır (Büyükgöçenç ve Törüner 2012). Hastanedeki çocuk yaşları arasındaki farklılıkları incelediğimizde önemlilik düzeyi, tutarlılık düzeyi ve eşleşme yüzdesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre 5-12 yaş grubu çocukların önemlilik düzeyi, tutarlılık düzeyi ve eşleşme yüzdesi ortancaları 1 yaş altı ve 1-4 yaş grubu çocukların ortancalarından anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 7). 5-12 yaş okul çağı çocukları verilen bilgileri okul öncesi çocuğundan daha doğru anlar, cesur görünmek isterler. Ailelerine yaşadıkları korku ve anksiyeteyi daha az yansıtırlar. Bu çalışmadan farklı olarak Curley (2013)'in çalışmasında, hastanedeki çocukların yaşları arasındaki farklılıklar değerlendirildiğinde önemlilik puanı, tutarlılık ve eşleşme yüzdelere farklı bulunmuş. 1 yaş altında önemlilik puanı oranı, 13 yaş üstü çocuklara oranla daha fazla bulunmuş (Curley et al 2013). Tüm bu sonuçlar doğrultusunda aile merkezli bakımın çocukların yaşlarına göre planlanması gerektiği görülmektedir.

Tüm toplumlarda çocuklar, geleceğin yetişkin bireyleri olarak, eldeki bütün olanaklar maksimum düzeyde kullanılarak yetiştirilen, eğitilen, bütün ihtiyaçları karşılanan değerli bireylerdir. Çocuğun büyüme sürecinde değişmeyen tek konu sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkıdır. Çocuk doğduğu andan itibaren bu hizmetlerden cinsiyet farkı olmadan yararlanabilmelidir (Er 2006). Çalışmamızda hastanede yatan çocukların cinsiyetleri arasındaki farklılığı incelediğimizde çocukların cinsiyetleri arasında önemlilik düzeyi, tutarlılık düzeyi ve eşleşme yüzdesi bakımından

istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (Tablo 8). Bu durum hemşirelerin çocuklar arasında cinsiyet ayrımı yapmadan aile merkezli bakım uygulamalarını sürdürdüğünü göstermektedir.

Çocukların yattıkları servisler arasındaki farklılıklar incelendiğinde süt çocuğu servisinde yatanların önemlilik düzeyi ortancası, yenidoğan yoğun bakım ve çocuk servisinde yatan çocukların ortancalarından anlamlı derecede daha düşük bulundu. Yine süt çocuğu servisinde yatan çocukların tutarlılık düzeyi ve eşleşme yüzdesi ortancalarının çocuk servisinde yatan çocukların ortancalarından anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 9). Bu durumun çocukların yaş gruplarıyla paralel sonuçlar gösterdiği düşünülmektedir. Çocukların yaş grupları arasındaki farklılıklar incelendiğinde de 5-12 yaş grubundaki çocukların önemlilik düzeyi, tutarlılık düzeyi ve eşleşme yüzdesi ortancaları, 1 yaş altı ve 1-4 yaş grubundaki çocukların ortancalarından anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 7). 1 yaş altı dönem çocuğun anneye bağımlı olduğu, 1-3 yaş dönemi çocuğun ise çok hareketlendiği, çevreyi tanımaya çalıştığı, hareketli, aktif bir dönemdir. Bu sebeple çocuğun sürekli tehlikelere karşı korunma ihtiyacı vardır. Ayrıca bu dönem ayrılık anksiyetesinin yoğun yaşandığı bir dönemdir. Hastane gibi yabancı ortamlarda çocuğun anneye olan bağlılığı artmakta ve annesinin yanından ayrılmak istememektedir. 4 yaş altı çocuğa sahip annelerin çocuğun bakımı zamanlarının çoğunu almakta ve kendi gereksinimlerine zaman ayırmakta zorluk çekmektedirler. Bu durum annenin anksiyetesini arttırdığı için aile merkezli bakımın istendik düzeyde sağlanamadığı düşünülmektedir. Kuzlu'nun yaptığı çalışmada da çocukların yaş gruplarıyla annelerin gereksinimlerini karşılama durumları karşılaştırıldığında gereksinimlerini karşılayan annelerin 4 yaş ve üstü çocuğu olan anneler olduğu bulunmuştur (Kuzlu ve ark 2011). Süt çocuğu servislerinde anneye sosyal destek sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır. Annenin ihtiyaçlarını giderebileceği zamanlar belirlenerek, çocuğa aileden birinin ya da hastane içi bir bakım personelinin bakması sağlanmalıdır. Hemşirelerin aile merkezli bakım uygulamalarını servislere göre planlaması gerektiği düşünülmektedir.

Çocuk ve ailenin, hastalık ve hastaneye yatıştan etkilenme derecesi; çocuğun yaşına, hastalığın süresine, şekline daha önceki hastane deneyimlerine, hastaneye yatmasına hazırlanmasına, ailenin davranışlarına, kültürel özelliklerine göre farklılık gösterir.

Ailenin ve çocuğun yatıştan etkilenme durumu, hastaneye uyumlarını ve çocuğun bakım ve tedaviye katılma sürecini etkileyebilmektedir (Kuzlu ve ark 2011). Hastaneye yatış türleri arasındaki farklılık incelendiğinde önemlilik düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış olup, tutarlılık düzeyi ve eşleşme yüzdesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu. Buna göre yatış türü acil olanların tutarlılık düzeyi, planlı olanlardan anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 10). Hastaneye acil yatış plansız olduğu için çocuk ve ailesinin kendilerini bu duruma hazırlama olanakları yoktur ve bu durum onlarda şok etkisi yapabilir. Çocuğunu kaybetme korkusu, tanı ve tedavi işlemlerini bilmeme, çocuğun durumundaki belirsizlikler, hastanedeki ses ve görüntü, çocuğa takılan araç-gereçler, acil kapısında çocuğu beklemek, sağlık çalışanlarının heyecanlı çalışma temposu ailenin anksiyete yaşamasına ve kendilerini çaresiz hissetmelerine neden olabilir. Acil durumlarda yaşanan bu belirsizlikler ailenin gereksinimlerini ve sağlık çalışanlarından beklentilerini arttırmaktadır. Korku ve endişenin yoğun yaşandığı bu dönemde çocuklarına uygulanan tedavi ve bakımın en iyisi olduğu konusunda sağlık çalışanlarına güven duymak, çocuğun durumu hakkında sürekli bilgilendirilmek ve çocuklarının yanında bulunmak isterler (Yüksel 2015). Çocuğun durumuna yönelik bilgilendirmenin yapılması çocuk ve ailenin stres ve kaygı düzeyini azaltacaktır. Hastaneye acil yatışlarda ailenin ve çocuğun yaşadığı stres ve anksiyeteyi en aza indirmek için işlemler sırasında ailenin çocuğun yanında kalmasına izin verildiği, hastalık ve tedavi süreci ile ilgili bilgilendirmenin ve servis tanıtımının hemşireler tarafından yapıldığı düşünülmektedir. Hastaneye acil ve planlı yatışlarda hastanın durumuna uygun gerekli bilgilendirme ve tanıtımlar yapılmalıdır. Aile merkezli bakımın temelinde ailelerin buldukları ortamda kendilerini yalnız hissetmemeleri, çocuğun sağlık durumu ile ilgili bilgilendirilmeleri ve çocuklarının bakım ve tedavilerine katılmaları yer almaktadır.

Çocuğun hastaneye yatması ebeveynlerin günlük rutinleri, aile ortamındaki rolleri ve sorumluluklarında değişikliklere sebep olmaktadır. Çocukların hastaneye yattıkları gün sayıları arasındaki farklılık incelendiğinde eşleşme yüzdesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı, önemlilik ve tutarlılık düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Buna göre hastanede 0-6 gün kalanların önemlilik ve tutarlılık düzeyi ortancaları 7 gün ve üzeri hastanede

kalanların ortancalarından anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 11). Bu çalışmadan farklı olarak sağlık bakımına yönelik memnuniyet düzeylerinin belirlendiği benzer iki çalışmada, hastanede kalış süresi uzadıkça bakımdan memnuniyet düzeyinin düştüğü saptanmıştır (Arıkan ve ark 2014, Ulus ve Kublay 2012). Bu durumun ailenin hastane ortamını tanımaması, bilmedikleri araçlarla karşılaşmaları, çocuğunun bakımındaki rollerinin değişmesiyle ebeveynlerin yaşadığı anksiyeteden kaynaklandığı düşünülmektedir. Hastanede yatış süresi uzadıkça hemşire ve aile arasında etkili iletişimin artarak ailenin bakıma aktif katılımının sağlandığı görülmektedir. Çocuğun hastaneye yatışından itibaren aile ile etkili iletişim kurulması, servis tanıtımının yapılması ve çocuğun durumu ile ilgili bilgilerin tam ve eksiksiz verilmesi önemli aile merkezli bakım uygulamalarındandır. Çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin hemşirelerin aile merkezli bakım uygulamaları ile ilgili deneyimlerini değerlendirmek amacıyla yaptığımız çalışmamızda elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır;

- Ebeveynlerin aile merkezli bakım uygulamalarından memnun oldukları; fakat bu uygulamaların daha da geliştirilmesi gerektiği saptandı.
- Hastanede çocuğun yanında daha çok annelerin kaldığı, hastanede çocuğu yanında kalan baba oranlarının çok az olduğu belirlendi.
- Ebeveynlerin hastanede çocuğun bakım ve tedavisine katılma durumları değerlendirildiğinde çoğunun katıldığı, katılmayanların ise çoğunun bakıma katılmayı gerekli görmediği saptandı.
- Aile merkezli bakım ölçeğine verilen puanların tanımlayıcı istatistikleri değerlendirildiğinde en yüksek eşleşme oranına sahip maddeler ‘Hemşireler iyi bakım verildiğini çocuğuma hissettirirler’ ve ‘Hemşireler çocuğuma verdikleri bakımın iyi olduğunu bana hissettirirler’ şeklinde belirlenmiş olup; en düşük eşleşme oranına sahip maddeler ‘Hemşireler çocuğumun durumunda olabilecek değişiklikler hakkında açıklama yaparlar’ ve ‘Hemşireler yaptıkları hemşirelik bakımı hakkında açıklama yaparlar’ şeklinde belirlendi.
- Ebeveynlerin eğitim durumları ve çocukların cinsiyetleri arasındaki farklılıklar incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.

- 5-12 yaş grubu çocukların ebeveynlerinin aile merkezli bakım uygulamalarından memnuniyet düzeyleri, 1 yaş altı ve 1-4 yaş grubu çocukların ebeveynlerinden daha yüksek olduğu belirlendi.
- Çocukların yattıkları servisler arasındaki farklılıklar incelendiğinde süt çocuğu servisinde yatanların aile merkezli bakım uygulamalarından memnuniyet düzeylerinin diğer servislere oranla daha düşük olduğu saptandı.
- Yatış türleri arasındaki farklılıklar incelendiğinde hastaneye acil yatanların aile merkezli bakım uygulamalarından memnuniyet düzeyleri, hastaneye planlı yatanlarınkinden daha yüksek bulundu.
- Hastanede kalış süreleri arasındaki farklılıklar incelendiğinde 7 gün ve üzeri hastanede kalanların aile merkezli bakım uygulamalarından memnuniyet düzeylerinin daha fazla olduğu saptandı.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Pediatri klinikleri ve yoğun bakım ünitelerinde hastane yönetimi tarafından aile merkezli bakım protokolleri oluşturulması ve benimsenmesi,
- Hastanede çocuğun yanında kalan baba oranlarının artırılması için aile merkezli bakım uygulamaları ile ilgili ebeveynlere eğitim yapılması,
- Hastanede çocuğun bakımına katılmayı gerekli görmeyen ebeveynlerin bakıma katılmayı gerekli görmeme nedenlerinin araştırılması,
- Çocuklarının durumu ile ilgili aileye sürekli ve eksiksiz bilgi vermek aile merkezli bakım uygulamalarının temellerindedir. Ailelere çocuklarının durumu hakkında düzenli ve eksiksiz bilgi verilmesi,
- Hastaneye yatışa çocuğun verdiği tepkiler yaşına göre değişiklik göstermektedir. Hemşirelerin aile merkezli bakım uygulamalarını çocukların yaş dönemlerine uygun şekilde planlaması ve uygulaması,
- Her çocuk servisine özgü aile merkezli bakım protokollerinin belirlenmesi, ebeveynlerin kendi ihtiyaçlarını karşılayabileceği düzenlemeler yapılması,
- Hastaneye acil ve planlı yatışlara uygun aile merkezli bakım uygulamaları geliştirilmesi, klinik tanıtımları yapılması ve psikolojik destek sağlanması,
- Hemşirelere aile merkezli bakım uygulamalarını geliştirmek için düzenli aralıklarla hizmet içi eğitim programları düzenlenmesi,
- Aile merkezli bakım uygulamalarından memnuniyet düzeylerini belirlemeye yönelik daha fazla araştırma yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akkuş T. (2008). Çocuk Acil Birimlerinde Ebeveyn Memnuniyeti Ve Etkileyen Etmenlerin Araştırılması, On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Samsun.
- Aksu M. T, (2008). Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinin Sosyodemografik Özellikleri Depresyon, Anksiyete, Problem Çözme Yeteneği ve Yaşam Kaliteleri Açısından Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul : T. C. Sağlık Bakanlığı Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care. (2003). Family-centered care and the pediatrician's role. Pediatrics.; 112(3): 690-697.
- Arıkan D., Saban F., Baş N. G. (2014). Çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin hastaneye ve sağlık bakımına yönelik memnuniyet düzeyleri. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi, 4(2):109-116.
- Aşılıoğlu N., Akkuş T., Baysal K. (2009). Çocuk acil servislerde ebeveyn memnuniyeti ve etkileyen faktörlerin araştırılması. Türkiye Acil Tıp Dergisi; 9(2):65-72.
- Aykanat B., Gözen D., (2014). Çocuk sağlığı hemşireliğinde aile merkezli bakım. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 3(1): 683-695.
- Boztepe H, Çavuşoğlu H. (2009). Bir üniversite hastanesindeki uygulamaların aile merkezli bakım yönünden incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 11-24.
- Boztepe H. (2009). Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım. Türkiye Klinikleri. J Nurs Sci. 1(2); 88-93.
- Büyükgönenç L, Törüner E. K. (2012). Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Birinci Baskı. Ankara: Göktuğ Yayıncılık. S:24.

- Byers J.F, Lowman L.B, Francis J, Kaigle L, Lutz N.H, Waddel T, Diaz A.L. (2006). A quasi experimental on individualized, developmentally supportive family-centered care. JOGN; 35: 105-115.
- Callery P, Smith L. (1991). A study of role negotiation between nurses and the parents of hospitalized children. Journal of Advanced Nursing. 16(7): 772-781.
- Çavuşoğlu H (ed.), Çavuşoğlu H. (2008). Hastaneye Yatmanın Çocuk ve Aile Üzerindeki Etkileri: Çocuk Sağlığı Hemşireliği. 9. Baskı. Sistem Ofset Basımevi, Ankara. ss: 51-67.
- Çavuşoğlu H. (1995). Çocuk Sağlığı Hemşireliği. İkinci Baskı. Ankara; s:16.
- Çavuşoğlu H. (2013). Çocuk Sağlığı Hemşireliği. 11. Baskı. Ankara. Cilt 1. Sistem Ofset. s. 5.
- Cooper L, Gooding J, Gallagher J, Sternesky L, Ledsky R, Berns S. (2007). Impact of a family-centered care initiative on nicu care, staff and families. Journal of Perinatology; 27(1): 32-37.
- Curley M, Hunsberger M, Harris S. (2013). Psychometric avaluation of the family-centered care scale for pediatric acute care nursing. Nursing Research . 62(3): 160-68.
- Daneman S, Macaluso J, Guzzetta CE. (2003). health providers' attitudes toward parent participation in the care of the hospitalized child. JSPN. 8(3): 90-98.
- Doğan B. (2010). Hastanede Yatan Çocuğun Bakımına Ebeveynlerin, Hemşirelerin, Doktorların Ve Ebeveynlerin Görüşleri ve Beklentileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi.
- Dunst C.J, Trivette C.M, Hamby D.W. (2007). Meta-analysis of family-centered help giving practices research. Ment Retard Dev Disabil Res Rev; 13(4): 370-378.
- Dur Ş, Gözen D, Bilgin M. (2016). Devlet ve özel hastanedeki hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin tutum ve davranışları. Journal of Current Pediatrics; 14(1): 1-9.

- Er M. (2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 49:155-68.
- Erdemir F. (2005). Medikal ve sosyal olarak yüksek riskli yenidoğanın taburculuğu: multidisipliner değerlendirme ve planlama. 13. Ulusal Neonatoloji Kongresi (UNEKO-13) ve Yenidoğan Hemşireliği Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı. Kayser. s:420- 421.
- Erdeve Ö. (2009). Aile merkezli bakım ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi tasarımında ailenin yeri. Gülhane Tıp Dergisi. 51: 199-203.
- Görgeç Ö, Doğan S. (2002). Cumhuriyet Üniversitesi sağlık hizmetleri araştırma ve uygulama hastanesi çocuk servislerinde yatan hastaların hemşirelik bakımına yönelik memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi;4(2):49-59.
- Griffin T. (2003). Facing challenges to family-centered care II: anger in the clinical setting. Pediatric Nursing. 29(3): 212- 214.
- Hallström I, Runesson I, Elander G. (2002). Observed parental needs during their child's hospitalization. Journal of Pediatric Nursing. 17(2).
- Hanson J. L., Randall V. F. (1999). Evaluating and improving the practice of family-centered care. Pediatric Nursing; 25(4): 445.
- Harrison T.M. (2010). Family centered pediatric nursing care: state of the science. Journal of Pediatric Nursing; 25(5): 335-343.
- Hockenberry M.J (ed.), Wilson D (ed.), Sanders J. (2009). Impact of hospitalization on the child and family: wong's essentials of pediatric nursing. 8th edition. Mosby Inc, Philadelphia. p: 658-686.
- İşler A., Conk Z. (2006). Pediatri aile merkezli bakım. Ege Pediatri Bülteni. 13: 137-204.
- Jolley J, Shields L. (2009). The evolution of family-centered care. Journal of Pediatric Nursing,; 24(2): 164-170.
- Karabudak S.S., Ak B., Başbakkal Z. (2010). Girişimler sırasında aile üyeleri nerede olmalı. Türk Pediatri Arşivi; 45: 53-60.

- Kristenson-Hallström I, Elander G, Malmfors G. (1997). Increased parental participation in a pediatric surgical day-care unit. *Journal of Clinical Nursing*; 6: 297-302.
- Kuğuoğlu S, Çövener Ç, Aktaş E. (2009). Yatağa bağımlı çocuğun aile merkezli bakımında sinerji modelinin kullanımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 1(2): 59-64.
- Kuzlu T.A., Kalıncı N, Topan A.K. (2011). Üniversite hastanesinde çocuklara verilen bakımın aile merkezli bakım yönünden incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*; 6(16): 1-7.
- Linkede L.L., Leonard B.J., Presler B., Garwick A. (2002). Family-centered care coordination for children with special needs across multiple settings. *Journal Pediatric Health Care*; 16(6): 290-297.
- Macnab AJ, Thiessen P, McLeod E. Hinton D. (2000). Parent assessment of family centered- care in a children hospital. *Children 's Health Care*;29: 113-128.
- Majamanda MD, Munkhondya TE, Simbota M, Chikalipo M. (2015). *Family Centered Care Versus Child Centered Care: The Malawi Context*. by authors and Scientific Research Publishing Inc.
- Mclindon D.D., Schlucter J. (2004). Parent and nurse partnership model for teaching therapeutic relationships. *Pediatric Nursing*; 30(5): 418-420.
- Melnyk M, Feinstein F. (2001). Mediating functions of maternal anxiety and participation in care on young children's posthospital adjustment. *Research in Nursing & Health*; 24: 18-26.
- Mikkelsen G, Frederiksen K. (2011). Family-centred care of children in hospital – a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 67(5): 1152–1162.
- Newton MS. (2000). Family-centered care: current realities in parent participation. *Pediatric Nursing*. 26(2):164- 168.
- Ocakçı A.F (ed.), Ocakçı A.F. (2006). *Aile Merkezli Hemşirelik Bakımı: Çocuğun Aile Merkezli Bakımı*. 1. Baskı. Dökel Matbaası, Zonguldak. ss: 8-27.

- Okday H. (2004). Bir Üniversite Hastanesinin Çocuk Servislerinde Verilen Bakımın Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi ve Anne Görüşlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Programı.
- Öztürk C., Ayar D. (2014). Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım. DEUHYO ED; 7 (4), 315-20.
- Palmer S.J. (1993). Care of sick children by parents: a meaningful role. *Journal Of Advanced Nursing*. 18: 185- 191.
- Peterson M.F., Cohen J., Parsons V. (2004). Family centered care: Do we practice what we preach. *JOGNN*; 33(4): 421-427.
- Pölkki T., Pietila A.M., Julkunen K.V., Laukkala H., Ryhanen P. (2002). Parental views on participation in their child's pain relief measures and recommendations to health care providers. *Journal of Pediatric Nursing*; 17(4): 270-278.
- Potts N.L., Mandleco B.L. (2012). *Pediatric Nursing Caring For Children and Their Families*. 3. Edicion. Delmar. p: 508-534.
- Sarajarvi A., Haapamaki M., Paavilainen E. (2006). Emotional and informational support for families during their child's illness. *International Nursing Review*. 53: 205-210.
- Saunders R.P., Abraham M.R., Crosby M.J., Thomas K., Edwards W.H. (2003). Evaluation and development of potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units. *Pediatrics*; 111: 437-449.
- Shelton T.L., Stepanek J.S. (1995). Excerpts from family-centered care for children needing specialized health and developmental services. *Pediatric Nursing* . 21: 362-364.
- Shields L., Nixon J. (2004). Hospital care of children in four countries. *Journal of Advanced Nursing*; 45(5): 475-85.
- Shields L., Tanner A. (2004). Pilot study of a tool to investigate perceptions of family-centered care in different care settings. *Pediatric Nursing Journal*; 30(3): 189-196.

- Sousa P, Antunes A, Carvalho J ve Casey A. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nurs Child Young People*. 25(2):24-8.
- Taşdelen M. (2006). Hastaneye Yatan Çocukların Ebeveynlerinin İhtiyaçlarını Karşılama Düzeyinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği; Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi.
- Titone J., Cross R., Sileo M., Martin G. (2004). taking family-centered care to a higher level on the heart and kidney unit. *Pediatric Nursing*. 30(6): 495-498.
- Tosun A., Tüfekci F.G. (2015). Çocuk kliniklerinde aile merkezli bakım uygulamalarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 18(2): 131-139
- Ulus B., Kublay G. (2012). PedsQ.L sağlık bakımı memnuniyet ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*.
- Weglarz M., Boland M. (2005). Family-centered nursing care of the perinatally infected mother and child living with hiv infection. *JSPN*. 10(4): 161- 170.
- Yıldırım S. (2008). Ebeveyn Katılımlı Tutum Ölçeğinin Türkiye'deki Geçerlik Güvenirlik Çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Yıldız A., Temuçin E.D. (2015). Ailede Rol Dağılımı, 'İçinde': Aile Temelli Sağlık Yaklaşımı, Kuşuoğlu S, Demirbağ BC, (Eds), Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 21-32.
- Yüksel S. (2015). Acil Durumlarda Aile Gereksinimleri, 'İçinde': Aile Temelli Sağlık Yaklaşımı, Kuşuoğlu S, Demirbağ BC, (Eds), Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 361-371.

EKLER

EK 1

Evrak Tarih ve Sayısı: 21/11/2018-E.15094



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 16214662/050.01.04/95
Konu : Etik kurul Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Prof. Dr. Nursan ÇINAR
Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

İlgi : 31.10.2018 tarihli ve 95 sayılı değişiklik başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Çocuğu Hastanede Yatan Ebeveynlerin Hemşirelerin Aile Merkezli Hemşirelik Bakımıyla İlgili Deneyimleri" isimli klinik araştırma başvuru dosyanız ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; araştırmanın adının "Hastanede Çocuğu Yatan Ebeveynlerin Hemşirelerin Aile Merkezli Hemşirelik Bakımıyla İlgili Deneyimleri" şeklinde değiştirilmesinde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir ve uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

EK :
14.11.2018 tarih ve 03 sayılı Etik Kurul Kararı (3 sayfa)

Yücel DEMİR
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır.
21.11.2018

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BE5F41MSM>

Fakülte Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk, Adapazarı/Sakarya
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629
E-Posta :tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.tip.sakarya.edu.tr



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çocuğu Hastanede Yatan Ebeveynlerin Hemşirelerin Aile Merkezli Hemşirelik Bakımıyla İlgili Deneyimleri
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	YOK

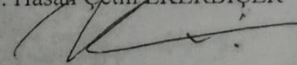
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Sakarya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Korucuk/ SAKARYA
	TELEFON	0264 295 31 29
	FAKS	0264 295 66 29
	E-POSTA	yuceld@sakarya.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Nursan ÇINAR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ	Prof. Dr. Nursan ÇINAR			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input checked="" type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER

İmza:



Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çocuğu Hastanede Yatan Ebeveynlerin Hemşirelerin Aile Merkezli Hemşirelik Bakımıyla İlgili Deneyimleri
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	YOK

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	31.10.2018	0.2	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	31.10.2018	0.2	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	Prof. Dr. Nursan ÇINAR tarafından ıslak imzalı				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
	DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	İlaç dışı klinik araştırma üst başvurusu, İlaç dışı klinik araştırma başvuru formu, Akış şeması, Hastane yönetici onayı, Araştırma Protokollü, BGOF, Araştırmanın yayın amaçlı olduğuna dair belge, Araştırmanın akademik amaçlı olacağına dair belge, Sorumluluk paylaşım belgesi, Bütçe formu, özgeçmişler, literatür				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 3	Tarih: 14.11.2018					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						

olumlu. İlgizilik kabul edildi.

Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çocuğu Hastanede Yatan Ebeveynlerin Hemşirelerin Aile Merkezli Hemşirelik Bakımıyla İlgili Deneyimleri
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	YOK

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER (Başkan)	Halk Sağlığı	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ünal ERKORKMAZ (Başkan Yardımcısı)	Biyostatistik	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. M. İhsan USLAN (Bilgilendirmeden Sorumlu Başkan Yardımcısı)	Gastroenteroloji	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. A. Serhan CEVRİOĞLU	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet GÜVEN	KBB Hastalıkları	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Öner ÖZDEMİR	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Pelin TANYERİ	Tıbbi Farmakoloji	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ertuğrul GÜÇLÜ	Enfeksiyon Hastalıkları	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Cemil BİLİR	Tıbbi Onkoloji	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Derya GÜZEL	Fizyoloji	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Osman Necmettin ŞAFAK	Deontoloji	Beyhekim Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Op. Dr. Necattin FIRAT	Genel Cerrah	SEAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Avukat Arda GİRGİN	Hukuk	ABG Hukuk Bürosu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Efrahim FINDIK	Şef	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

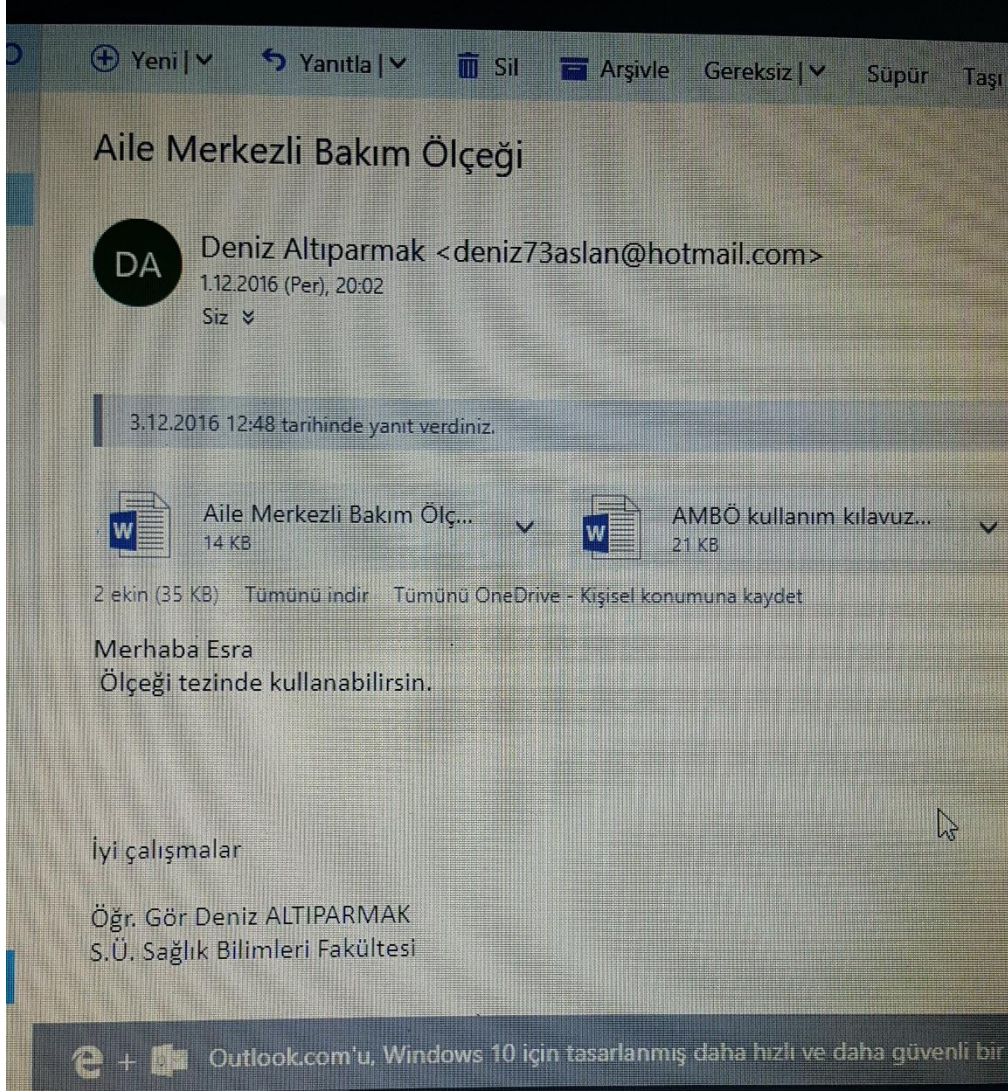
Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK 2



EK 3



EK 4

Sayın Katılımcı,

Hastane ortamında ailelerin beklenti ve gereksinimlerine en uygun sağlık hizmeti verebilmek, çocuk ve ailesinin korkularını azaltarak iyileşme sürecini hızlandırmak amacıyla çocuk sağlığı alanında aile merkezli bakım uygulamaları önerilmektedir. Aile merkezli bakım çocuk hemşireleri ve aileler için önemlidir.

Bu çalışmanın amacı 18 yaş altı çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin çocukların bakımlarına katılma durumlarını ve bu konuda hemşirelerin ailelere yaklaşımını belirlemektir.

Bu çalışmada size konu ile ilgili sorulardan oluşan anket formu doldurtulacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirseniz bu yazılı bilgilendirilmiş onam formu imzalanmak üzere bir nüshası size verilecektir. Őu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmacıya haber vererek çalışmayı bırakmakta özgürsünüz.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için araştırmacıya 0554 252 09 92 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Tamamen akademik amaçlı olan bu araştırma için herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve katılımcıya herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmada kayıtlar yasaların öngördüğu şekilde ve araştırmacı tarafından toplanacak, veriler güvenli bir şekilde saklanacaktır. Araştırmanın sonuçları kongrelerde sunulabilir veya bilimsel amaçlı yayınlanabilir. Ancak bu durumda kimlik bilgileriniz hiçbir şekilde açıklanmayacaktır.

Katılımınız ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederiz.

Bilgilendirmeyi yapacak araştırmacının:

Adı Soyadı:

Adres:

Telefon:

İmza :

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıda araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bu koşullar altında yukarıda söz konusu olan araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Kişinin Adı Soyadı:

İmza:

EK 5

Sayın Katılımcı,

Çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin hemşirelerin aile merkezli hemşirelik bakımıyla ilgili deneyimlerini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada sorulara verdiğiniz yanıtlar gizli tutulacaktır. Lütfen size en doğru gelen şıkkı işaretleyiniz. Formu doldurarak araştırmamıza verdiğiniz katkı için teşekkür ederiz.

Sakarya Üniversitesi

Sakarya Üniversitesi

Prof. Dr. Nursan ÇINAR

Hemşirelik Yüksek Lisans ğrencisi

Esra GARLI

1- Çocuğa yakınlık dereceniz?

- Anne Baba

2- Yaşınız:

3- Eğitim durumunuz?

- 1) Okur-yazar değil
- 2) İlkokul
- 3) Ortaokul
- 4) Lise
- 5) niversite

4- Mesleğiniz?

- 1) Ev hanımı
- 2) Memur
- 3) Işçi
- 4) Işsiz
- 5) Serbest meslek
- 6) Diğer.....

5- Aile tipi?

- Çekirdek aile
- Geniş aile
- Parçalanmış aile

6- Kaç ocuğunuz var?

- 1) 1 ocuk
- 2) 2 ocuk
- 3) 3 ve zeri

7- Hastanede yatan çocuğunuzun yaşı?

- 1) 1 yaş altı
- 2) 1-4 yaş arası
- 3) 5-12 yaş arası
- 4) 13- 18 yaş arası

8- Hastanede yatan çocuğunuzun cinsiyeti?

- Kız Erkek

9- Çocuğunuz řu anda hangi serviste yatıyor?

- 1) Yenidoğan yoğun bakım
- 2) Süt çocuğu
- 3) Çocuk cerrahisi
- 4) Çocuk servisi
- 5) Çocuk yoğun bakım

10- Hastaneye yatış türü?

- Acil Planlı

11- Çocuğun tanısı.....

12- Çocuğunuz hastanede kaç gündür yatıyor?

- 3-6 gün 7 gün ve üzeri

13- Hastanede çocuğunuzun bakım ve tedavisine katılıyor musunuz?

- Evet Hayır

14- Cevabınız hayır ise nedeni?

- 1) Hemşireler izin vermiyor
- 2) Yanlış bir şey yapmaktan korkuyorum
- 3) Gerek olmadığı için
- 4) Diğer.....

EK 6

Aile Merkezli Bakım Ölçeği

Bu araştırma sizin hastanede kaldığınız süre içinde aldığınız hemşirelik bakımlarını değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen her soru için size doğru gelen seçeneği 1-5 arasında puanlayın. (1) bakımdan memnun değilsiniz , (5) çok memnun olduğunuzu ifade etmektedir.

	Hemşireler hakkındaki ifadeler	Bölüm A	Bölüm B
		Hemşirelerin bunu yapması sizin için ne kadar önemli?	Hemşireler sizce bunu ne kadar tutarlı yapıyorlar?
1	Hemşireler bana iyi karşılandığımı hissettirirler	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2	Hemşireler çocuğumun bakımında önemli bir yerim olduğunu hissettirirler	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3	Hemşireler çocuğumun hemşirelik bakımını planlarken beni ekibin değerli bir üyesi sayarlar	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4	Hemşireler yaptıkları hemşirelik bakımı hakkında açıklama yaparlar	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5	Hemşireler çocuğumun durumunda olabilecek değişiklikler hakkında açıklama yaparlar	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6	Hemşireler iyi bakım verildiğini çocuğuma hissettirirler	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7	Hemşireler çocuğuma verdikleri bakımın iyi olduğunu bana hissettirirler	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Esra GARLI
Doğum yeri ve tarihi : Sakarya-18.06.1986
Uyruğu : TC
Medeni durumu : Evli
İletişim adresi ve telefonu : esrakosa@hotmail.com
Yabancı dili : İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

2004-2008 İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
(Lisans)
1998-2004 Akyazı Anadolu Lisesi

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

2008- Halen Hemşire

IV- Mesleki Deneyimi

2008-2008 (2 ay) Başkent Üniversitesi İstanbul Uygulama ve Araştırma Merkezi
Hastanesi (İstanbul)- Diyaliz Merkezi
2008-2009 (6 ay) Gültepe Avicenna Hastanesi (İstanbul)- Bebek Odası
2009-2013 İstanbul Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve
Araştırma Hastanesi- Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi
20013-Devam ediyor Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi-
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Kösa E, Eren Ö, Tiryaki Ö, Uçar E, Zengin H, Çınar N, Altınkaynak S.
Yenidoğanda Ağrı: Annelerin Bilgi Görüş ve Uygulamaları, II. Ulusal Kadın ve
Sağlık Kongresi, 13-16 Mayıs 2013, Poster Bildirisi

Kösa E, Çınar N. Prematüre Bebeklerde Hipoterminin Önlenmesi: Plastik Örtü
Kullanımı. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014; 3(3) Aralık: 161-165

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Kösa E 2. Yenidoğan Hemşireliğı Sempozyumu, 20 Ekim 2009, İSTANBUL

Kösa E II. Uluslararası Katılımlı Kadın ve Sağlık Kongresi, 13-16 Mayıs 2013, SAKARYA

Kösa E Klinik Uygulama ve Beceri Geliştirme Semineri, 26 Aralık 2013, SAKARYA

Kösa E Ebelikte Güncel Yaklaşımlar Sempozyumu, 30 Nisan 2015, SAKARYA

VIII- Diğer Bilgiler

Kösa E Neonatal Resüsitasyon Programı, Ekim 2009, İSTANBUL, Sertifikalı Eğitim Kursu

Kösa E Yenidoğan Yoğun Bakım Kursu, 4 Ekim-5 Kasım 2010, İSTANBUL, Sertifikalı Eğitim Kursu

Kösa E Hemşireler İçin Güvenli Kan Transfüzyonu Kursu, 8 Mayıs 2014, İSTANBUL, Sertifikalı Eğitim Kursu