

**T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI**

**ZONGULDAK İL MERKEZİNDE ÇOCUK KLİNİKLERİNDE
ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ÇOCUĞUN BAKIMINDA
EBEVEYN KATILIMINA YÖNELİK TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Selda TÜRKMEN ÇOBAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Yrd.Doç.Dr. Tülay KUZLU AYYILDIZ**

**ZONGULDAK
2017**

**T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI**

**ZONGULDAK İL MERKEZİNDE ÇOCUK KLİNİKLERİNDE
ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ÇOCUĞUN BAKIMINDA
EBEVEYN KATILIMINA YÖNELİK TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Selda TÜRKMEN ÇOBAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Yrd.Doç.Dr. Tülay KUZLU AYYILDIZ**

**ZONGULDAK
2017**

KABUL VE ONAY:

“ZONGULDAK İL MERKEZİNDE ÇOCUK KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ÇOCUĞUN BAKIMINDA EBEVEYN KATILIMINA YÖNELİK TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından değerlendirilerek, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

09.02.2017

Başkan

: Yrd. Doç. Dr. Tülay KUZLU AYYILDIZ

Üye

: Doç. Dr. Mutlu YÜKSEK


Üye

: Yrd. Doç. Dr. Fadime ÜSTÜNER TOP

ONAY:

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

TARİH:


Doç. Dr. Mustafa Murat KOÇAK
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Eğitimim esnasında ve tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren ve desteğini esirgemeyen değerli arkadaşım, hocam ve tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Tülay Kuzlu Ayyıldız'a,

Sayın tez jürisi Doç. Dr. Mutlu Yüksek, tez jürisi Yrd. Doç. Dr. Fadime Üstüner Top hocalarıma,

Eğitimim ve akademik çalışmalarda beni destekleyen ve güvenen değerli anabilim dalı hocalarıma,

Araştırmamın yürütülmesi aşamasında bana kolaylıklar sağlayan Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Başhekimliğine ve çocuk kliniklerinde çalışan meslektaşlarıma, Zonguldak Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine, Zonguldak Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi çocuk kliniklerinde çalışan meslektaşlarıma,

Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecimde destek veren, anlayış ve güveni ile her zaman yanımda olan eşim Ahmet Çoban'a, çocuklarım Neslihan ve Ahmet Turan'a, varolama sebebim annem Nuran Türkmen, babam Halit Türkmen'e, kardeşlerim Hülya, Oğuzhan ve Yelda'ya, kayınvalidem Bulunmaz Çoban'a çok teşekkür ederim.

Selda TÜRKMEN ÇOBAN
Ocak 2017, ZONGULDAK

ÖZET

Selda Türkmen Çoban. Zonguldak il merkezi'ndeki çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin, çocuğun bakımında ebeveyn katılımına yönelik tutumlarını belirlemek. Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2017

Bu çalışma hastanede yatan çocuğun bakımına ebeveynlerin katılımı konusunda hemşirelerin görüşlerini belirlemek amacı ile yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma, 01 Ekim 2015- Ocak 2016 tarihleri arasında, Zonguldak il merkezinde bulunan Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi ile Zonguldak Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde bulunan çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniklerinde yapılmıştır. Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş olup, 130 hemşire örnekleme oluşturmuştur. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu ve 'Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği' (EKTÖ) ile toplanmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 19.0 programı ile değerlendirilmiştir. Analizlerde Student T testi, Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Kruskal-Wallis varyans analizinde alt grupların ikişerli karşılaştırılması Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır.

Çalışmamızda araştırmaya katılan hemşirelerin iş yaşamı özelliklerine göre EKTÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde çalışılan hastane, klinik, klinikte çalışılan konum ve aile merkezli bakıma yönelik bilgi alma durumu arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Anahtar Kelimeler: Çocuğun bakımına ebeveyn katılımı, Aile merkezli bakım, Hemşirelerin görüşleri.

ABSTRACT

Selda Türkmen Çoban. Determination of attitudes of the nurses who are working in children clinics in Zonguldak city center for the participation of parents in children care. Bülent Ecevit University Institute of Health Sciences, Department of Nursing of Children Health and Illnesses Master of Science Thesis, Zonguldak, 2017

This is a descriptive study that was performed to determine the thoughts of nurses about the participation of parents to the care of their hospitalized children. It was performed in Children Health Clinics of Zonguldak Bulent Ecevit University Health Practice and Research Center and Zonguldak Maternity and Children Hospital which are located in Zonguldak City center between October 2015 - January 2016. No sample selection was done in the study; and 130 nurses were included in the sample group. Data were collected by a Descriptive Information Form for socio-demographic characteristics of the nurses and “Parent Participation Attitude Scale” (PPAS). Data obtained from the study were assessed by SPSS 19.0 program. The differences between two groups were analyzed by Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis variance analysis. Dual comparisons of subgroups in Kruskal-Wallis variance analysis was performed by Mann-Whitney U tests with Bonferroni correction.

When mean PPAS scores of the nurses in the study were evaluated based on their working life characteristics, it was determined that there were significant differences between the hospital, clinic, position in the clinic and the status of getting information for family-centered care ($p < 0.05$).

Key Words: Parent participation in children care, Family-centered care, Nurse opinions.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KABUL VE ONAY:.....	ii
ÖNSÖZ	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	viii
TABLO DİZİNİ	ix
ŞEKİL DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Çocuğun Hastaneye Yatmasının Ebeveyn Üzerindeki Etkileri.....	3
2.2. Aile Merkezli Bakım ve Hemşirelik	4
2.2.1. Aile merkezli bakımın tanımı	4
2.2.2. Aile merkezli bakım ve hemşirelik.....	6
2.2.3. Aile merkezli bakımın yararları	7
2.2.3.1. Ebeveyn açısından yararları	7
2.2.3.2. Çocuk açısından yararları.....	8
2.2.3.3. Hemşireler açısından yararları	9
2.3. Çocuğun Bakımına Ebeveyn Katılımının Uygulanmasında Güçlükler.....	10
2.4. Aile Merkezli Bakımda Hemşirenin Rolü.....	11
2.5. Çocuğun Bakımına Ebeveyn Katılımı İle İlgili Hemşirelerin Görüşleri.....	13
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	15
3.1. Araştırmanın Tipi	15
3.2. Araştırmanın Yeri.....	15
3.3. Araştırmanın Evren Ve Örneklemi.....	18
3.4. Veri Toplama Araçları.....	18
3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	18
3.4.2. Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği (EKTÖ)	19
3.5. Değişkenler.....	20
3.5.1. Bağımsız Değişkenler	20

3.5.2. Bağımlı Değişken	20
3.6. Ön Uygulama	20
3.7. Veri Toplanması	21
3.8.Araştırmanın Planı.....	22
3.9. Verilerin Analizi.....	23
3.10. Araştırma Etiği	23
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
4. BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA	31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	36
6.1. Sonuçlar.....	36
6.2. Öneriler.....	36
7. KAYNAKLAR	38
8. EKLER.....	42
Ek 1. Etik Kurul İzni	42
Ek 2. EKTÖ kullanım izni.....	43
Ek 3. ZKHB Genel Sekreterliği İzni	44
Ek 4. BEÜ Uygulama ve Araştırma Merkezi İzni.....	45
Ek 5. Bilgilendirilmiş-Onam Formu	46
Ek 6. Tanıtıcı Bilgi Formu	47
Ek 7. Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği	48
9. ÖZGEÇMİŞ	49

SİMGELER VE KISALTMALAR

ATT	: Acil Tıbbi Tekniker
BEÜ	: Bülent Ecevit Üniversitesi
EKTÖ	: Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği
SFT	: Solunum Fonksiyon Testi
THD	: Türk Hemşireler Derneği
ZKHB	: Zonguldak Kamu Hastaneleri Birliği



TABLO DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 1: Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin Değerlendirilmesi	19
Tablo 2: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	25
Tablo 3: Katılımcıların İş Yaşamı İle İlgili Özellikleri.....	26
Tablo 4: Katılımcıların Aile Merkezli Bakıma Yönelik Bilgi Alma Durumları.....	26
Tablo 5: Katılımcıların 'Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği' Puan Ortalamaları Ve Minimum-Maximum Değerleri.	27
Tablo 6: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre 'Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği' Puan Ortalamaları (n=130).....	27
Tablo 7: Katılımcıların İş Yaşamı Özelliklerine Göre 'Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği' Puan Ortalamaları (n=130)	29
Tablo 8: Katılımcıların Bazı Özellikleri İle 'Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği' Arasındaki İlişkiler.....	30

ŞEKİL DİZİNİ

Tablo

Sayfa

Şekil 1: Araştırmanın Planı	22
-----------------------------------	----



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Çocuklar kendi bakım ve gereksinimlerini karşılamada bir yetişkinin yardımına gereksinim duyarlar. Hastalık söz konusu olduğunda bu gereksinim daha da artmaktadır. Kendi bakımlarını gerçekleştiremeyen akut ya da kronik hastalığı olan çocuklar ebeveynleri için endişe kaynağıdır (1).

Çocuğun hastalanması hem aile hem de çocuk için stresli bir süreçtir. Bu sürecin çocuk ve aile için en az travma ile atlatılması bakımın her basamağına ailenin de dahil edilmesi ile sağlanabilir (2, 3).

Ailenin bakıma katılması çocuğun stresini azaltacağı gibi, ebeveynlerin de bilinmezlikten kaynaklanan endişelerini en aza indirger. Bunun sonucunda ailenin endişesi azalır ve uygulamaların taburculuk sonrası evde bakımda da kullanılarak, bakım ve tedavinin devamlılığı sağlanır (3, 4)

Aile merkezli bakımın amacı, ailenin çocuklarının hastanedeki bakımlarının planlanması, uygulanması ve değerlendirmesi aşamalarında bakıma dahil edilmelerini, ebeveynlerin çocuklarının bakımında sağlık çalışanları kadar söz sahibi olmalarını, hasta çocuğun hastanede kaldığı süreçte kendini güvenli bir ortamda hissetmesini sağlamak, hastaneye yatmanın çocuk ve aile üzerindeki travmasını en aza indirmek, taburculuk sonrası evde bakımın devamlılığını sağlamak ve ailenin taburculuğa hazırlanmasına yardımcı olmaktır (5, 6).

Ebeveynlerin çocukları hastanede kaldığı süreçte çocukları ile birlikte hastanede kalma, çocuklarına bakım verilirken aktif rol alma, çocuğun tanı, hastalık süreci, tedavi ve yapılan testler konusunda bilgilendirilme gereksinimlerinin olduğu bilinmektedir. (7).

Bu gereksinimlerden yola çıkarak ebeveynlerin hastanede kaldıkları süreçte ve taburculuk sonrasında ve tedavinin evde devamlılığının gerektiği durumlarda ebeveynlerin beklenti ve gereksinimlerine en uygun sağlık hizmeti verebilmek, çocuk ve ebeveynlerin kaygısını azaltarak iyileşme sürecini hızlandırmak amacıyla çocuk sağlığı alanında aile merkezli bakım uygulamaları önerilmektedir (2, 8).

Ebeveynin hasta çocuklarının bakımına katılımının ülkemizdeki durumu bakıldığında ise, ebeveynlerin çocukları ile beraber hastanede kalmalarına ilişkin, çocuklarının hastalığı konusunda bilgi alma, bakıma ve tedavi ile ilgili kararlara katılma durumları açısından standart bir uygulamanın olmadığı, hastanelerdeki uygulamalar

arasında farklılıklar olduğu gözlenmektedir. Ebeveynlerin daha çok çocuklarının fiziksel gereksinimlerini karşılamaya yönelik işlemler yaptığı tespit edilmiştir (9, 10, 11). Bazı hastanelerde ebeveynlerin; özellikle yoğun bakımlarda çocuklarını sadece ziyaret saatlerinde görmelerine izin verilmektedir. Bu durum ülkemizde aile merkezli bakımın istendik düzeyde olmadığını düşündürmektedir (9, 11).

Ebeveynlerin çocuğun bakımına katılmaları bir takım sorunları da beraberinde getirmektedir. Aileler yeni rollerine alışmakta zorlanırken, hemşireler arasında da ailelerin bakıma ne kadar katılacakları ve bakımda üstlenecekleri roller konusunda belirsizlikler ortaya çıkabilmektedir. Yapılan çalışmalarda, aile merkezli bakım uygulamaları konusunda sorunlar olduğu, hemşirelerin aileleri çocuğun bakımına katmalarının gerekliliğine inandıkları ancak ailelerin, iş yükünü arttırdıklarını zaman ve enerji kaybına neden olduklarını düşündükleri için uygulamada sıkıntı yaşadıkları bildirilmiştir (11, 12). Ülkemizde yapılan araştırmalarda hemşirelerin, ebeveynleri çocuğun bakımı konusunda bilgilendirme, uygulanan tedavi ve bakıma ilişkin soru sorma fırsatı verme ve ebeveynlere ulaşılabilir olma konusunda etkin olmadıkları ortaya çıkarılmıştır (9, 11).

Aile merkezli bakım uygulamasındaki bir başka sorun ise hemşire ve ebeveynler arasındaki, hasta çocuğun bakımı sırasında, söz sahibi olma duygusunun varlığıdır. Hemşire, ebeveynler için çocuğun bakımında bir güç olarak görülmektedir. Aile merkezli bakımda olduğu gibi hemşirenin çocuğun bakımını ebeveynleri ile paylaştığı, ebeveynlerin bakıma katıldığı durumlarda güç dengesi bozulabilmektedir. Bu gücün dengelenmesinde hemşireler önemli rol oynamaktadır. Çünkü hemşire, ebeveynlerin bakıma katılma düzeyini kontrol eden sağlık personelidir. Hemşire ve ebeveynler arasındaki iletişim, çocuğun bakımına katılımdaki dengeyi belirler. Bu nedenle hemşireler hastanelerde bakımın aile merkezli olması yönünde değişim ve farklılığı yaratabilmede anahtar pozisyondadırlar (9, 11, 13).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuğun Hastaneye Yatmasının Ebeveyn Üzerindeki Etkileri

Toplumun sağlığının geliştirilmesi ve korunması; çocukların sağlığının geliştirme ve korunması ile mümkündür. Toplum sağlığının geliştirilmesi ve korunmasında birincil sorumluluk ebeveynlerde, daha sonra sağlık ekibi üyeleri ve toplumsal çevrededir (6).

Çocuğun hasta olması sadece hasta olan çocuğu değil ebeveynlerini de doğrudan etkilemektedir. Hastalığın ebeveynler üzerindeki oluşturacağı etkiler, çocuğun hastalığının doğuştan veya sonradan kazanılmış olması, hastalığın kazanıldığı yaş, çocuğun hastalığa ve hastaneye uyumu, ebeveyn-çocuk ilişkisi, ailenin iç dengesi, çocuğun hastalığının derecesi, hastalıktan etkilenen organ, çocukta hastalığa bağlı ağrı veya kaybın olması, eğer varsa derecesi, tedavi şekli, hastalığın çocuk üzerinde bıraktığı kalıcı hasar, hastalığın aile için taşıdığı anlam, hastalığın çocuğun toplumsal uyumuna, okul yaşantısına ve benzeri ilişkilerine etkisi gibi değişkenlere göre farklılıklar gösterebilir (3, 14).

Çocuğun hastaneye yatması ebeveynler için stresli bir süreçtir (3). Bu durum aile sürecinde önemli değişikliklere neden olur. Çocuk hastanede yattığı süreçte çocuğun sağlık bakımı sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirilir. Bu durum, ebeveynlerin sağlık bakımına katılmada kendilerini çaresiz hissetmelerine ve kaygı yaşamalarına neden olur (2, 15). Yapılan çalışmalarda, ebeveynlerin hastanede yatan çocuklarının yanında kalma, çocuklarını istedikleri zaman ziyaret edebilme, çocuklarının bakımında aktif rol alma, çocuğun durumu, tanı ve tedavi testleri konusunda bilgilendirilme gereksinimlerinin olduğu bildirilmektedir (7, 9, 11, 16, 17). Bu nedenle, çocuğun hastalığı sürecinde ebeveynlerin beklenti ve gereksinimlerine en uygun sağlık hizmeti verebilmek, çocuk ve ebeveynlerinin kaygısını azaltarak iyileşme sürecini hızlandırmak amacıyla çocuk sağlık bakımına ebeveynlerin de katılarak, süreçte aktif rol almaları önerilmektedir (2, 8, 18).

Yapılan bazı çalışmalar, çocuğun hastalığının aynı zamanda ebeveynler üzerinde olumsuz etkileri olduğunu, ruhsal ve psikososyal risklerle karşı karşıya olduklarını, ebeveynlerin depresyon ve kaygı düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Hasta çocuk ve ebeveynlerinin hastalığa bağlı olarak yaşadıkları stresin azaltılması, yaşam kalitelerinin artırılması için, sağlık kuruluşlarında, çocuk

ve ailesini hastalık ve tedavi süreci konusunda bilgi verilmesi, tıbbi işlemlere anne-babanın katılımının sağlanması, çocuğun bakımında ebeveynlere sorumluluklar verilmesi, aileye sosyal destek hizmetlerinin sunulması gerekmektedir (14, 16, 19, 20, 21, 22, 23).

2.2. Aile Merkezli Bakım ve Hemşirelik

2.2.1. Aile merkezli bakımın tanımı

Çocuk sağlığı hemşireliğinin amacı; çocuğun duygusal, fiziksel, toplumsal ve kültürel yönden optimal düzeyde gelişimini ve olgunlaşmasını sağlamaktır. Aynı zamanda çocuk sağlığı hemşireliği, ebeveynleri çocuğun yaşamında değişmez bir unsur olarak görür ve ebeveynlerin varlığını kabullenme ve saygı duyma değerleri üzerine şekillenmektedir. Bu nedenle çocuk sağlığı hemşireliğinde aile merkezli bakım önemlidir. Çocuk için tedavi edici bir ortam oluşmasında; ebeveynleri ile çocuk arasındaki güçlü ve destekleyici bir ilişki önemlidir (3).

‘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 tanımlanmaktadır. Ayrıca her ailenin bireysel farklılıklarını da göz önünde bulunduran bir kavramdır (24, 25, 26).

Aile merkezli bakım, hastalar, ebeveynler, hemşireler, doktorlar ve diğer sağlık çalışanlarının iş birliği içerisinde çalıştıkları ekip çalışmasını gerektiren bir bakım modelidir. Amerikan Pediatri Akademisi aile merkezli bakım anlayışına uygun hizmet verebilmeleri için bazı ilkeleri önermiştir (26). Bu ilkeler:

- Çocuğa ve ebeveynlerine saygı duymak,
- Ailelerin ırksal, etnik, kültürel ve sosyo ekonomik farklılıklarına ve bunlardan kaynaklanan sağlık hizmeti anlayışlarındaki farklılıklara saygı duymak,
- Çocuğun ve ebeveynlerinin güçlü yönlerini ve bireyselliğini tanımak ve baş etme yöntemlerine saygı duymak,
- Bakım ve destek yaklaşımlarıyla, çocuk ve ebeveynlerin seçimini destekleyerek onlara rehberlik etmek,

- Sağlık politika ve programlarını çocuk ve ebeveynlerin; gereksinimleri, inançları ve kültürel değerleri doğrultusunda karşılayacak şekilde düzenlemek,
- Çocuğun hastalık süreci ve sağlık durumuna ilişkin bilgileri ebeveynlerle dürüst, tarafsız, sürekli ve eksiksiz olarak paylaşmak,
- Gebelik, doğum, bebeklik, çocukluk, ergen ve genç erişkinlik dönemlerinde resmi ve gayriresmi olarak ve bu dönemlerin gelişimine uygun şekilde çocuk ve ebeveyni korumak ve destek sağlamak,
- Çocuğun bireysel bakımında, sağlık bakımının tüm aşamalarında ebeveynlerle iş birliği yapmak ve sağlık politika ve programlarını ebeveynlerin ve çocukların gereksinimlerini karşılayacak şekilde geliştirmek,
- Çocuğun ve ebeveynlerin kendi sağlıkları hakkında karar verme, seçim yapmaları: kendi gücünü keşfetmesi ve öz güven geliştirmesi için güçlendirmek (26).
- Aile merkezli bakımda, ebeveynler çocuğun sağlık bakımının her aşamasına katılır. Ebeveynler, bakımı koordine etme, bilgiyi paylaşma, kayıt alma ve en önemlisi kararlara aktif olarak katılmada önemli bir role sahiptir (15).
- Aile merkezli, bakımda iki temel görüş vardır. Bunlar;
- Ebeveynlere olanak sağlama: Ebeveynlerin çocuklarının bakımına katılımını sağlayarak bakım konusunda yetenek ve becerilerini gösterebilmelerine fırsat verilmelidir.
- Aile üyelerinin her birine yetki verme: Çocuklarının bakımında sadece anneye değil; babaya, kardeşe ve aile dahil diğer yakınlarında (anane, babaanne, dedeler vs...) bakıma katılımını destekleyerek tüm aile üyelerini yetkilendirmektir (4, 14, 27).

Aile merkezli bakım; ebeveynlerin evde olduğu gibi hastanede de çocuklarının bakımını sürdürebilmeleri için yetki verilmesi gerektiğini savunmaktadır. Yetki verme 'içinde bireylerin ya da toplumların katılımına ve kendi yaşamlarını etkileyen faktörler üzerinde kontrolü sağlamalarına yardımcı olunan karşılıklı bir süreçtir' şeklinde tanımlanmaktadır (akt 15). Ebeveynlere çocuklarının bakımına ve iyileşme sürecine yönelik aktif katılım ve sorumluluk verilmiştir. Çocuk hastanede kaldığı sürece aile bireylerinin çocuklarının bakımına katılmaya hazır ve istekli olma durumlarında, sağlık çalışanları sürekli destek ve eğitim sağlayarak;

bakımda yer alabileceği oranda bilgilendirerek aile üyelerini bakıma dahil edebilirler. Bu bakım günlük gereksinimleri karşılamaktan karmaşık uygulamalara ve karar verme sürecine kadar genişleyebilir (15).

2.2.2. Aile merkezli bakım ve hemşirelik

Hasta olan çocukların fiziksel, duygusal ve sosyal gereksinimleri, sağlık bakımının, ulaşılabilir, sürekli, kapsamlı, koordine ve aile merkezli bir bakım şeklinde sunulmasını gerektirir. Çocuk hastalara bakım veren hemşireler, bakım verme sürecinde aile merkezli bakım ilkelerine uyarak, çocuk ve aile için travmatik olan hastanede kalma sürecini daha az travmatize edici bir biçimde geçirmelerini sağlayabilir. Çocuğa uygulanan bakım, çocuğun iyilik halini en üst düzeye getirebilmek amacıyla aile merkezli bakım felsefesini kabul etmiştir. Bu felsefe, ebeveynlerin çocuğun bakımının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi sürecinde ortak karar vermeye dayanır (28).

Hemşireler, çocuklar ve ebeveynleri ile en yakın ilişkide olan sağlık çalışanlarıdır. Bu nedenle çocuk servislerinde çalışan hemşireler, hastanedeki bakımın aile merkezli olması yönündeki değişim ve farklılığı oluşturmada önemli etkiye sahip sağlık çalışanlarıdır. (9).

Erdeve aile merkezli bakımın dört temel içeriği olduğunu belirtmektedir.

1. İtibar ve saygı: Çocuk hemşireleri bakım verilen çocuğun ve ebeveynlerinin aile değerleri ve inançlarından doğan seçimlerine, bakış açlarına saygı duyar. Bakım sürecine bunları katar.
2. Bilgi paylaşımı: Çocuklarının hastalığı, hastalık süreci ve prognozu hakkında bilgi alma hakları olduğunu benimseyip, çocuklarının hastalık süreci ile ilgili bilgileri ve çocuklarında görülen olumlu-olumsuz gelişmeleri ebeveynleri ile düzenli olarak tam, doğru ve ön yargısız olarak paylaşır.
3. Ailenin bakımda yer alması: Ebeveynleri çocuklarının bakımına kendi kararları ile kendi istedikleri düzeyde katılmalarını sağlamalı ve bakıma katılmaları için desteklenmelidirler.
4. Aile ile iş birliği: Çocuğa verilecek bakımın planlanması, programlanması ve uygulanmasında sağlık çalışanları ebeveynlerle ortak karar vermelidir (29).

Çocukların bakımı ile ilgili ebeveynlerin gereksinim duyduğu konularda tarafsız ve dürüst olarak bilgi vermek önemlidir. Bilgi paylaşımı ebeveyn ve sağlık çalışanları

arasında işbirliğini sağlamada ilk adımdır. Ebeveynler ve sağlık çalışanları arasında oluşan kriz ve stres gibi durumlar işbirliğini sağlayıcı iletişim kurmada engel oluşturabilir. Hemşire bu engellerin farkında olarak bakımı yönlendirebilmelidir (30). Ebeveynlerin aile merkezli bakım hakkında görüşlerini inceleyen çalışmalarda ebeveynlerin bilgi gereksinimlerinin olduğu belirlenmiştir (7, 8, 9, 11).

Hemşireler ebeveynlerin hastalık durumuna karşı sergiledikleri tavırları belirleyen, güçlü ve zayıf yönlerinin iyi tespit edebilmeli, hastalık durumunda ebeveynleri güçlü kılmak için baş etme yöntemlerini belirleyerek bunlara saygı göstermeli ve ebeveynlerin baş etme yöntemlerini geliştirmesinde destek sağlamalıdır (30).

Pediatric hemşiresinin önemli görevlerinden biri de, ebeveynleri çocuğun sağlık bakımı konusunda eğitmektir. Ebeveynlerin eğitimi çocuklarının hastaneye yatışları ile başlayıp taburcu oluncaya kadar devam etmesi önemlidir. Hemşire, ebeveynlerin, çocuklarının sağlık bakımı konusunda yeterli bilgi ve becerileri edindiklerinden ve bunları doğru olarak yaptığından emin olmalıdır (30, 31). Hemşire, hastane ortamında verdiği eğitim ile ebeveynlerin çocuklarının sağlık bakımına katılmalarını sağlayarak ve verdiği eğitimin etkinliğini denetleyerek, ebeveynleri taburculuk sonrası çocuklarının evdeki bakımına hazırlamalıdır (26, 30, 31). Bu sebeplerden dolayı hemşirelerin eğitimci ve danışmanlık görevleri, aile merkezli bakım uygulamalarında aktif kullanılan rollerdir.

2.2.3. Aile merkezli bakımın yararları

Aile merkezli bakım uygulamasının ebeveynler, çocuk ve sağlık ekibi üyeleri açısından oldukça olumlu sonuçlara vardır.

2.2.3.1. Ebeveyn açısından yararları

Aile merkezli bakım aile ve sağlık personeli arasında etkin bir iletişim olmasını gerektirir. Aile ve sağlık personeli arasında iletişim arttıkça karşılıklı güven duygusu gelişir. Ebeveynlerin hastanede yatan çocuklarının bakımına katılması çocuğun bakımında kaybettiği kontrol duygusunu tekrar kazanmasını sağlar, aile ve sağlık personeli arasındaki iletişimi güçlendirir (32, 33). Sonuç olarak çocuk, aile ve sağlık ekibi üyeleri ekip çalışması ile çocuğun sağlığı üzerinde olumlu etki yaratmış olurlar.

Aile merkezli bakım çocuk ile ilgili bilgilerin eksiksiz ve tarafsız aile ile paylaşılmasını gerektirir. Ailelerle bilgilerin paylaşılması, onların bakıma ve çocukları hakkında verilen kararlara katılabilmelerinde en temel unsurlardan biridir. Yapılan araştırmalar çocuğunun sağlık durumu ile ilgili bilgi verilen, çocuğun bakımında aktif rol alan ve çocukları ile ilgili karar verme sürecine dahil edilen ebeveynlerin daha az kaygı ve güvensizlik yaşadığını göstermektedir (8, 12, 34).

2.2.3.2. Çocuk açısından yararları

Hastaneye yatmanın çocuğun gelişimi üzerine olumsuz etkileri vardır. Hastanede yapılan her işlem, çocuğu korkutur, acı verir ve travmatize eder. Çocuk hastanede kaldığı süreçte günlük aktivitelerini yerine getiremeyebilir. Sosyal çevresinden uzaklaşmış olmak çocuğu dış dünyaya kapatabilir (35).

Çocuğun hayata bir aile içerisinde başlar, aile içinde yetişir, bilinçlenir ve topluma hazırlanır. Çocuğun bedensel, bilişsel, fizyolojik ve psikolojik anlamda sağlıklı bir birey olarak yetişmesinde ve davranışlarının şekillenmesinde ebeveynlerinin rolü çok büyüktür (35). Normal aile sürecinde, çocukların yaşamı boyunca aile ve aile bireyleri arasındaki ilişkileri kesintiye uğramaksızın devam eder (36). Ancak çocuk hastaneye yattığında olağan aile süreci ciddi değişikliklere ve kesintiye maruz kalır. Hastaneye yatan çocuklarda da bu sürecin kesintiye uğramasının engellenmesi çocuğun iyileşme sürecinin hızlanmasında önemlidir (10).

Çocukların alışık oldukları güven verici ortamdan uzaklaşmaları kaygı yaşamalarına neden olur. Ayrıca çocuklar için hastanede yatmadaki en önemli stres kaynağı ebeveynlerinden ayrılmalarıdır. Ebeveynlerin varlığı çocuğun kaygısını azaltarak güven duygusunu artırır (34). Çocuğa gerekli duygusal desteği sağlamak için birincil bakım veren kişilerle hastanede kaldığı sürece de ilişkisinin devam etmesi önemlidir. Buda aile merkezli bakım ile sağlanabilir (3, 37).

Pediyatri hemşireliğinde çocuk kliniğe kabul anından itibaren, çocuğa bakım ve tedavi uygularken çocuk bütüncül yaklaşım önemlidir (10). Çocukların hastalık süreçleri ve hastaneye yatmış olmalarından dolayı çocuk ve ebeveynlerinde meydana gelen stres ve kaygının önüne geçilmesine yönelik yapılan araştırmalar sonucunda, aile merkezli bakım kavramı ortaya çıkmıştır (4, 38). Aile merkezli bakım, hastaneye yatan çocukların ve ebeveynlerinin gereksinimlerini ve beklentilerini en iyi şekilde karşılayan bakım modelidir (39).

Aile merkezli bakımda amaç, çocuğun bakımında ve tedavisinde ebeveynleri ile işbirliği yaparak, çocuk ve ebeveynlerle ilgili bilgilere daha kolay ulaşmak, çocuğun ve ebeveynlerinin hastalık ve hastaneye yatmadan kaynaklanan stres ve anksiyete düzeylerini en aza indirmek, çocuğun zihinsel, fiziksel, psikolojik potansiyelini en üst düzeye çıkarmaktır (6).

Yapılan çalışmalarda, pediatri kliniklerinde aile merkezli bakım ilkeleri doğrultusunda verilen bakımın, çocukların anksiyete düzeyini azalttığı, hastanede yatma sürecine daha iyi uyum göstermelerine yardımcı olduğu, çocuğun yapılan işlem ve müdahalelerde daha az ağrı duymasını sağladığı, daha hızlı bir iyileşme süreci ve erken taburcu olmayı sağladığı görülmektedir (33, 40, 41).

2.2.3.3. Hemşireler açısından yararları

Hastaneye yatan çocuğun tedavi ve bakımında önemli bir rolü olan aile merkezli bakımın planlanmasında ve yürütülmesinde en önemli rol hemşirelere düşmektedir. Aile merkezli bakımı planlarken çocuğun yaşamında ebeveynlerinin değerini ve destek hizmetlerinin farklı olduğunu farkında olmak, hastaneye yatan her çocuğun ailesinin farklı kültürel özellikleri olduğunu benimseyip bu duruma saygı duymak, ebeveynlerin çocuklarının hastalık sürecindeki destek ihtiyaçlarına ve baş etme yollarına saygılı olmak, ailelerin kendi içlerinde ve klinikteki diğer ailelerle ebeveynler arası desteği teşvik etmek, ebeveynlerin farklı ve kişisel gereksinimlerini karşılamak için olanaklar sağlamak, sorunları çözümlenmede yardımcı olabilmek için ulaşılabilir kapsamlı hizmetler için esnek olmak, ebeveynlerin anne- baba, çocukların çocuk olduğunu, kendi güçleri ve ilgileri olduğunu, çocuğun sağlığında her zaman ebeveynlerinin önceliği olduğunu kabul etmek gerekmektedir (10, 42).

Aile merkezli bakımın hemşirelere sağladığı yararlar şunlardır:

- Çocuğun sağlığını ve gelişimini desteklemede ebeveynlerle ortak çalışabilme imkanı sağlar.
- Ailelerin güçlü yönlerini ve çocuklarına hastalık sürecinde bakım verebilme yeteneklerini daha iyi anlamalarını sağlar.
- Hemşirelik bakım planı yapmada, planı uygulamada ve değerlendirme aşamasında rahatlık sağlar.
- Sağlık çalışanları arasındaki ilişkiyi güçlendirerek, ekip içi doğru iletişim kurulmasını sağlar.

- Sağlık bakımı için kullanılacak kaynakların, bakım için ayrılan zamanın daha verimli, uygun ve yerinde kullanımını sağlar ve bakımın maliyetini azaltır.
- Çocuk ve ebeveynlerinin verilen sağlık hizmetinden duydukları hoşnutluklarını yükselten bir uygulama çevresi sağlar (42).

Aile merkezli bakım ile çocuk ve ebeveynleri ile sağlık çalışanları arasında daha sağlıklı iletişim sağlanır. Bu da hemşirelerin yaptıkları çocuk hastalarına verdikleri bakım ve uygulamaların ebeveynleri tarafından saygı görmesine ve toplumda mesleğimize karşı oluşmuş yanlış algıların değişmesinde önemli rol oynar.

2.3. Çocuğun Bakımına Ebeveyn Katılımının Uygulanmasında Güçlükler

Ailenin çocuğun bakımındaki rollerine ilişkin beklentiler son 40 yıl içinde değişmiştir. Bu değişim beraberinde bir takım sorunları getirmiştir. Ebeveynler yeni rollerine alışmakta zorlanırken, hemşireler arasında da ebeveynlerin bakıma ne kadar katılacakları ve bakımda üstlenecekleri rolleri konusunda belirsizlikleri vardır (43). Bruce and Ritchie (1997)'nin aile merkezli bakımda hemşirelerin uygulamaları ve algılamaları ile ilgili yaptıkları çalışmalarında hemşirelerin aile merkezli bakımın gerekliliğine inandıklarını ancak bunu günlük bakım uygulamalarında yapmadıklarını belirlemişlerdir. Örneğin; hemşireler güçlü bir şekilde çocukları ile ilgili bilgileri ebeveynleri ile paylaşmaları gerektiğine inanıyorlardı. Ancak bunu uygulamada yapmıyorlardı (42).

Callery (1997) hastanede çocuğun bakımına katılan ebeveynlerin rollerini incelediği çalışmasında hemşirelerin, ebeveynleri tehdit olarak algıladıklarını, ebeveynlerin endişelerini paylaşmak için çok fazla zaman ve enerji harcamaları nedeniyle de iş yüklerini arttırdıklarını düşündüklerini tespit etmişlerdir (12).

Aile merkezli bakım uygulamasındaki diğer bir güçlük ise hemşire ve ebeveyn arasındaki güç savaşıdır. Hemşire, çocuğun bakımında ebeveynler tarafından güç olarak görülür. Aile merkezli bakımda olduğu gibi hemşirenin çocuğun bakımını ebeveyn ile paylaştığı, ebeveynin bakıma katıldığı durumlarda güç dengesi bozulur. Bu gücün dengelenmesinde hemşireler önemli rol oynamaktadır. Çünkü hemşire, ebeveynin bakıma katılma düzeyini kontrol eden sağlık personelidir. Hemşire ve ebeveynler arasındaki ilişkide güç dengesi, ebeveynlerin bakıma katılmasında özel bir önem taşımaktadır (33, 44).

Hemşirelerin çocuğun bakımını ebeveynlerle paylaşmak istememesi ve ebeveyni çocuğun bakımına katmak için bilgilendirmemesi aile merkezli bakım uygulamasında karşılaşılan önemli güçlüklerden biridir (12, 33).

Ülkemiz’de de yapılan araştırmalarda hemşirelerin, anneleri çocuğun bakımı konusunda bilgilendirme, uygulanan tedavi ve bakıma ilişkin soru sorma fırsatı verme ve annelere ulaşılabilir olma konusunda yetersiz kaldıkları görülmektedir (7, 44). Oysa aile merkezli bakımın en temel iki ilkesi hemşirelerin ebeveynlere çocuğun durumu ile ilgili bilgileri paylaşma ve onlarla işbirliği yapmasıdır.

Bazı hastanelerde özellikle hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde ebeveynlerin çocuklarını sadece ziyaret saatlerinde görmelerine izin verilmektedir. Ülkemizde ebeveynlerin 24 saat çocuklarıyla birlikte kalabildikleri hastanelerde bile çocuklarının hastalığı konusunda bilgi alma, bakıma ve tedavi ile ilgili kararlara katılma durumlarına yönelik yapılmış herhangi bir araştırma olmadığı belirlenmiştir. Ülkemizde çocuğa hizmet veren kliniklere bakıldığında, aile merkezli bakımın istenilen düzeyde olmadığı düşünülmektedir (9).

Aile Merkezli Bakımın Uygulanmasına İlişkin Engeller

- Hemşirelerin, ebeveynlerin çocuk bakımındaki rolüne ilişkin algıları,
- Ebeveynler ile hemşirelerin iletişim biçimi,
- Kliniğin fiziksel kısıtlamaları,
- Hastanelerin yönetiminin hemşirelere verdiği destekteki yetersizlik,
- Ebeveynlerin ve hemşirelerin arasındaki çocuğun bakımının planlanmasındaki rol çatışmasına bağlı stres ve iletişim bozuklukları, şeklinde özetlenebilir (28).

2.4. Aile Merkezli Bakımda Hemşirenin Rolü

Sağlık hizmetlerinin halka sunumu ve kullanımında yaşana güçlükler günümüzde ülkelerin sosyo-ekonomik ve kalkınmışlık seviyelerini belirleyen en önemli kriterler arasındadır. Sağlığın gelişmekte olduğu ülkelerde toplumsal ve kişisel sağlığın korunması, insanlara erişebilir, kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunulması ile mümkün olabilmektedir. Sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşire de gelişen tıp bilimi ve toplumun sağlık gereksinimleri doğrultusunda her geçen gün yeni roller kazanmaktadır. Başlangıçta sadece bakım verici rolü olan hemşire, gelişen tıp bilimi, değişen sağlık sistemleri, değişen hastalıklar ve buna bağlı gelişen insan gereksinimleri doğrultusunda eğitim verici, araştırmacı, liderlik, işbirlikçi, yönetici,

koruyucu ve geliştirici gibi birçok roller kazanmaktadır (45). Çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinde aile merkezli bakım bu rollerin tümünün etkin olarak kullanılabilmesi için alanıdır.

Çocuk ve ebeveynleri için yararları belirlenen aile merkezli bakımın istenilen düzeyde uygulanabilmesi için, sağlık ve hastane politikalarında ciddi düzenlemeler yapılması gerekmektedir. Hemşireler hastanede ebeveynlerin çocukları ile beraber kalabilmeleri yönünde sağlık ve hastane politikalarının oluşturulmasında aktif rol almalıdır. Hemşireler çocuklarla ve ailelerle hastanede en yakın ilişkide olan sağlık profesyonelleridir. Bu nedenlerle hemşireler hastanelerde bakımın aile merkezli olması yönünde değişim ve farklılığı yaratabilmede anahtar pozisyonadadırlar (44) .

Aile merkezli bakımda hemşirenin eğitim ve danışmanlık rollerini sıklıkla kullanmalarını gerektirir. Çünkü ebeveynlerin hastanede çocuğun bakımına katılmalarında hazır oluşuklarının ne düzeyde olduğunu belirlemek önemlidir.

Hemşirenin diğer bir rolü de çocuk ve ebeveynlerin haklarını savunmaktır. Hemşirenin ebeveynlere yönelik savunuculuk rolü, ebeveynlerin çocuğun bakımına katılmalarını desteklemeyi, çocuğa uygulanan tanı ve tedavi yöntemlerini anlamalarına yardım etmeyi, soru sormalarına izin vermeyi ve çocuğun tedavisiyle ilgili kararlarda görüşlerini almayı içermektedir. Hemşire ebeveynleri çocuklarının tanı, tedavi ve bakımı hakkında bilgi almaya ve soru sormaya cesaretlendirmelidir. Hemşirenin, ebeveynleri bilgilendirirken onlarla açık iletişim kurması ve ulaşılabilir olması son derece önemlidir (3, 44).

Ayrıca hemşirenin, ebeveynleri çocuğun bakımı konusunda eğitme sorumluluğu vardır. Bu eğitim çocuk hastaneden taburcu oluncaya kadar devam etmelidir. Hemşire hastanede ebeveynlerin çocuklarının bakıma aktif rol almalarını sağlayarak ve ebeveynlerin verdiği bakımı denetleyerek, onları çocuklarının taburculuk sonrası evdeki bakımına hazırlamalıdır (24, 25, 29, 31).

Ebeveynlerin sağlığı ilişki inançları, değerleri, tutumları ve sağlık uygulamaları çocuğu doğduğu andan itibaren etkiler. Bu nedenle hemşire, bakım vereceği çocuğu ailesi ile birlikte bütüncül olarak ele almalıdır. Hemşire, sağlık ekibinin etkin bir üyesidir ve görevi sağlığı korumak, geliştirmek, hastalık halinde iyileştirmek ve gerektiğinde rehabilite etmektir (2, 9, 15,16, 26).

2.5. Çocuğun Bakımına Ebeveyn Katılımı İle İlgili Hemşirelerin Görüşleri

THD tanımına göre; "Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir" (9, 45).

Pediatri hemşireliğinde bakımın odağı çocuk ve ebeveynleridir. Temel bakım felsefesi ise aile merkezli bakımdır. "Çocuk sağlığı hemşireleri, çocuklar ve ebeveynleri ile en yakın ilişkide olan sağlık çalışanlarıdır. Bu nedenle hemşireler, hastanedeki bakımın aile merkezli olması yönündeki değişim ve farklılığı yaratabilmede anahtar pozisyonadırlar" (9).

Hemşire, hemşirelik sürecini kullanarak; bunu hastalık süresince ebeveynlerin güçlü ve zayıf yönlerini, baş etme yöntemlerini, iletişim biçimlerini, ebeveyn-çocuk ilişkisinin niteliğini, çocuğun gelişimsel düzeyini, aile içindeki yerini ve ulaşabilecek kaynakları değerlendirerek uzun süreli, kapsamlı ve aile merkezli bakım verilmesini sağlar (1).

Ülkemizde yapılan araştırmalarda hemşirelerin, ebeveynleri çocuğun bakımı konusunda eğitime, uygulanan tedavi ve bakıma ilişkin soru sorma fırsatı verme ve ebeveynlere ulaşılabilir olma konusunda yetersiz kaldıkları bulunmuştur (7, 9, 11).

Paliadelis ve arkadaşları (2005); pediatri hemşirelerin aile merkezli bakım ile ilgili inanç ve uygulamaları uygulamalarını belirlemek için yaptıkları çalışmada, hemşireler çoğunlukla çocuğun bakımında ailenin rolünü, çocuğun yanında kalarak sakin ve rahat olmasını sağlamak, öz bakım gereksinimlerini gidermek, çocuğun boş zamanını değerlendirmek, çocuğun durumundaki değişimleri hemşireye haber vermek olarak ifade etmişlerdir. Çok az sayıda hemşire oral ilaçların uygulanması, pansuman değişimi, aldığı-çıkardığı takibi yapma gibi tıbbi sorumlulukların ailelerin rolü olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Hemşireler aile merkezli bakımın uygulanmasındaki en önemli engelleri aşırı iş yükü, zaman azlığı olarak ifade etmişlerdir (46).

Hemşirelerin klinik uygulama alanında karşılaştıkları aile merkezli bakım uygulamasını engelleyici etkenler;

- Hemşirelerin aşırı iş yükü nedeniyle ebeveynlere yeterli zaman ayıramamaları,

- Ebeveynlerin hastanedeki rolleri ve sorumluluklarına ilişkin bir rehber, prosedür, talimat olmaması,
- Hemşirelerin çocuğun bakımında kendilerini profesyonel bir güç olarak görmeleri ve bu rollerini ebeveynlerle paylaşmak istememeleri,
- Ağrı ve acı verici işlemlerde ebeveynlerin çocuğun yanında bulunmasının stresi arttıracığı düşüncesi,
- Yasal sorumluluklar nedeniyle hemşirelerin bakım uygulamalarını ebeveynlerle paylaşmak istememeleridir (46, 47).

“Aile merkezli bakımın uygulanabilmesi için, sağlık ve hastane politikalarında düzenlemeler yapılması gereklidir. Bu nedenle çocuk sağlığı hemşireleri, hastanede ebeveynlerin çocuklarıyla beraber kalabilmeleri yönünde sağlık ve hastane politikalarının oluşturulmasında aktif rol almalıdır”. Hemşire, aile merkezli bakımın önemi ve uygulamaya aktarılması konusunda yapılacak araştırmalara katılmalı, araştırmacı rolü doğrultusunda yeni kanıt temelli araştırma sonuçlarını uygulamalarına yansıtmalıdır” (6, 9, 26).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, Zonguldak İl Merkezi'nde çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin, çocuğun bakımına ebeveyn katılımına yönelik tutumlarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, 01 Ekim 2015-Ocak 2016 tarihleri arasında, Zonguldak il merkezinde bulunan Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi (BEÜ) Uygulama ve Araştırma Merkezi ve Zonguldak Kamu Hastaneler Birliği (ZKHB) Çocuk Hastalıkları ve Kadın Doğum Hastanesi'ndeki çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniklerinde yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı kurumlar ve özellikleri aşağıda sunulmuştur.

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde çocuk acil servisi ve çocuk kan alma birimlerinde 0-18 yaş arası çocuklara ayaktan poliklinik hizmeti verilmektedir. Çocuk sağlığı kliniği, çocuk cerrahisi kliniği, çocuk yoğun bakım ünitesi, yeni doğan yoğun bakım ünitesi, çocuk onkoloji kliniği yataklı kliniklerdir. Çocuk sağlığı anabilim dalına bağlı kliniklerde toplam 62 hemşire, beşi doçent, biri yardımcı doçent, biri uzman yedi doktor ve 18 asistan doktor görev yapmaktadır. Çocuk cerrahisi kliniğinde 10 hemşire, iki yardımcı doçent doktor görev yapmaktadır. Bu klinikler hastaneye yatan 0-18 yaş arası çocuk hastalara bakım verilmektedir. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde genel ziyaret saatleri 14:00-15:00 ve 18:00- 20:00 saatleri arasında yapılmaktadır. Bu saatler dışında diğer aile üyelerinin ziyaretleri yasaktır. Ziyaret saatlerinde anne ve babaların çocuğun bakımına katılmasına yönelik bir protokol bulunmamaktadır.

Çocuk acil ünitesi, ayaktan poliklinik hizmeti vermekte olup, hasta gözlem odası beş yatak kapasitelidir. Çocuk acil ünitesinde 13 hemşire görev yapmaktadır. Çocuk sağlığı asistan sayısı 18 olup, acil ünitesinde dönüşümlü olarak bir kişi görev yapmaktadırlar. 08.00-16.00 ve 16.00-08.00 vardiyasında çalışan hemşire sayısı birdir. Çocuk cerrahisinin acil vakalarına da burada hizmet verilmektedir.

Çocuk kan alma polikliniği 08-17 saatleri arasında hizmet vermektedir. Bu poliklinikte çocuklardan kan alma işleminin dışında ter testi, allerji testi, sonum fonksiyon testi (SFT) de yapılmaktadır. Bu oda iki ayrı bölüme ayrılmıştır. Kapıdan girişteki ilk odada iki sedye bulunmaktadır ve kan alma işlemi burada yapılmaktadır. Diğer odada yine bir sedye, buzdolabı, SFT cihazı, malzeme dolabı, masa ve sandalyesi yer almaktadır. Çocuk kan alma polikliniğinde iki ya da üç hemşire, bir personel görev yapmaktadır. Çocuk kan alma polikliniği 0-10 yaş arası çocuklara hizmet vermektedir. Çocuk onkoloji tarafından takipli olan hastalar 10 yaşından büyük olsalar da burada kan verebilmektedirler.

Çocuk sağlığı kliniği 17 yatak kapasiteli olup, klinikte altı hemşire, üç doktor ve dönüşümlü olarak üç asistan görev yapmaktadır. Üç kişilik odalarda anneler için refakatçi koltuğu bulunmakta, odada sadece bir kişinin çocuğun yanında kalmasına izin verilebilmektedir. Bu kliniğin yataklarında biri içinde banyosu ve tuvaleti bulunan izolasyon odasıdır.

Çocuk cerrahisi kliniği 14 yatak kapasiteli olup, klinikte 10 hemşire, iki doktor görev yapmaktadır. Üç kişilik odalarda anneler için refakatçi koltuğu bulunmakta, odada sadece bir kişinin çocuğun yanında kalmasına izin verilebilmektedir. Ayrıca klinikte yeni doğanlar için bir oda içerisinde üç adet kuvöz bulunmaktadır. Bu bölüme ebeveynler alınmamaktadır. Sadece ziyaret saatlerinde bu alana ebeveynler girebilmektedir.

Çocuk yoğun bakım ünitesinde yedi yatak bulunmakta, klinikte yedi hemşire, bir doktor ve bir asistan doktor hizmet vermektedir. Ebeveynler çocukları hakkında telefonla bilgi alabilmektedir. Hastaların gereksinimlerine göre ebeveynlerin ziyaretlerine izin verilmektedir. Ayrıca hastanede ziyaret saatlerinde sadece ebeveynler dönüşümlü 10 dakika süre ile çocuklarını ziyaret edebilmektedir.

Yeni doğan yoğun bakım ünitesinde 22 kuvöz bulunmaktadır. Üniteye 11 hemşire, bir doktor ve üç asistan doktor görev yapmaktadır. Ebeveynler ziyaret saatlerinde kliniğe birlikte olarak 10 dakika süre ile alınmaktadır. Yeni doğan ünitesine ait hizmet veren anne odası da bulunmaktadır. Bu odada bebek annesi ile beraber kalmakta ve taburculuğa hazırlanmaktadır. Bu odada; altı refakatçi koltuğu, altı kot yatağı ve altı adet monitör bulunmakta olup, odanın içerisinde anneler için mutfak, banyo ve tuvalet bulunmaktadır. Bu odadaki monitörler yeni doğan ünitesinin içerisindeki merkezi monitörden takip edilmekte olup, bu odadaki bebeklerle de yeni doğanda çalışan hemşireler ve doktorlar ilgilenmektedir.

Çocuk onkoloji kliniğinde dokuz oda bulunmaktadır. Bu odaların sekiz tanesi tek kişilik olup odada hastaya ait yatak, refakatçi için kanepeler, buzdolabı, televizyon, banyo ve tuvalet bulunmaktadır, bir tanesi ise iki kişilik olup içinde televizyon, buzdolabı, tuvalet, banyo bulunmakta olup, iki adet de refakatçi koltuğu bulunmaktadır. Kliniğe ait mutfak, oyun alanı ve aktivite odası bulunmaktadır. Onkoloji kliniğinde yedi hemşire, bir doktor ve bir asistan doktor görev yapmaktadır. Bu klinikte çocuğun izolasyon gerekliliği yoksa ebeveynlere herhangi bir ziyaret kısıtlaması yoktur.

Zonguldak Çocuk Hastalıkları ve Kadın Doğum Hastanesi'nde Çocuk Acil Servisi ve Çocuk Kan alma birimlerinde 0- 18 yaş arası çocuklara ayaktan poliklinik hizmeti verilmektedir. Çocuk servisi, süt çocuğu servisi, çocuk cerrahisi servisi, çocuk yoğun bakım ünitesi, yeni doğan yoğun bakım ünitesi, yataklı klinikler olup, 0- 18 yaş arası hastaneye yatan çocuk hastalara bakım verilmektedir. Bu kliniklerde toplam 58 hemşire ve sekiz uzman doktor görev yapmaktadır.

Çocuk acil servisi 0-18 yaş arası çocuklara hizmet vermekte olup 13 hemşire bir pratisyen bir uzman doktor görev yapmaktadır. Acil serviste altı yataklı bir gözlem odası olup oda içerisinde lavabo vardır. Acil serviste bir triaj, bir pansuman, bir de müdahale odası vardır. Yine acil servise ait röntgen odası da bulunmaktadır.

Çocuk servisi - süt çocuğu servisi; 28 gün-18 yaş çocukların yatırılarak takip edildiği 42 yatak kapasiteli bir klinikdir. Klinikte 13 hemşire ve sekiz doktor görev yapmaktadır. Klinikte ebeveynler bebekleri ile birlikte kalabilmektedir. Odalar bir, iki ya da üç kişiliktir. Odalarda çocuklarının yanında ebeveynlerin kalmasına izin verilmektedir.

Çocuk Cerrahisi Kliniği 21 yatak kapasitesine sahip 10 odadan oluşmaktadır. Klinikte sekiz hemşire ve bir doktor görev yapmaktadır. Klinikte ebeveynler bebekleri ile birlikte kalabilmektedir. Odalar bir, iki ya da üç kişiliktir. Odalarda çocuklarının yanında ebeveynlerin kalmasına izin verilmektedir.

Çocuk yoğun bakım ünitesinde altı yatak bulunmakta, klinikte dokuz hemşire, uzman doktorlar dönüşümlü olarak hizmet vermektedir. Ebeveynler çocukları hakkında telefonla bilgi alabilmektedir. Hastaların gereksinimlerine göre ebeveynlerin ziyaretlerine izin verilmektedir.

Yeni doğan yoğun bakım toplam 19 yatak (15 kuvöz, iki radyan ısıtıcılı açık yoğun bakım yatağı, iki kot yatağı) ve izolasyon odası bulunmakta, ikinci düzeyde yeni doğan ünitesi olarak hizmet verilmektedir. Yeni doğan ve prematüre kliniğinde

17 hemşire ve yedi doktor görev yapmaktadır. Yeni doğan kliniğine anneler emzirme amaçlı 09-12-15-18-21-24-03-06 saatlerinde bebeklerini ziyaret edebilmektedir.

Zonguldak Çocuk Hastalıkları ve Kadın Doğum Hastanesi'nde genel ziyaret 14:00- 15:00 ve 18:00 – 19:00 saatleri arasında yapılmaktadır. Bu saatler dışında diğer aile üyelerinin ziyaretleri yasaktır. Ziyaret saatlerinde anne ve babaların çocuğun bakımına katılmasına yönelik bir protokol bulunmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren Ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 01 Ekim 2015- Ocak 2016 tarihleri arasında Zonguldak il merkezinde bulunan üniversiteye bağlı uygulama ve araştırma merkezinde (72 hemşire) ve kamu hastaneler birliğine bağlı çocuk hastalıkları ve kadın doğum hastanesinin (63 hemşire) çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğinde görev yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 135 hemşire oluşturmuştur. Çalışmada bir örneklem seçimine gidilmemiş, çalışmanın verilerinin toplandığı tarihlerde (01 Ekim 2015- Ocak 2016) çalışmanın örneklem ve uygulanma ölçütlerine uygun olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 130 hemşireler örneklemi oluşturmuştur. Evrenin %96.3'üne ulaşılmıştır.

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde görev yapan yıllık izin ve süt iznindeki hemşirelere de ulaşılarak araştırmaya katılmaları sağlanmıştır. Zonguldak Çocuk Hastalıkları ve Kadın Doğum Hastanesinde görev yapan 5 hemşireye yıllık izinde ve doğum izninde olmaları nedeni ile ulaşılamamıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Katılımcılardan bilgi almak amacı ile Tanımlayıcı veri formu, Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği (EKTÖ) kullanılmıştır. Demografik Özellikler Formu'nda 11 adet, EKTÖ' de 24 adet soru bulunmaktadır.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu formda araştırmacılar tarafından hazırlanan hemşirelerin yaşı, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, çalıştığı hastane, hemşire olarak çalışma yılı,

linik konumu, eğitim düzeyi, çalıştığı servis, bu servisteki çalışma yılı, çalışma konumu, çocuğun bakımına ebeveyn katılımına yönelik bilgi alma durumu bilgilerini içeren 11 maddeden oluşan demografik özellikler formu kullanılmıştır.

3.4.2. Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği (EKTÖ)

Ölçek, ilk kez 1967 yılında Seidl ve Pillitteri tarafından hastanede yatan çocuğun bakımında ebeveyn katılımına karşı hemşirelerin tutumunu ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek, Gill tarafından 1985 ve 1990 yıllarında revize edilmiştir (39) Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2008 yılında Yıldırım Özbodur ve Elçigil tarafından yapılmıştır. Ölçeğin tüm maddelerinin katıldığı test tekrar test güvenilirlik katsayısı $r=0.98$ olarak hesaplanmıştır (30). Ölçekte, 1, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11,13, 15, 17, 18, 22. sorular ters yönlüdür. Bu ölçek, 24 maddeli, 5 dereceli likert tipi bir ölçektir. Kesinlikle katılmıyorum yanıtı için 1, katılmıyorum yanıtı için 2, kararsızım yanıtı için 3, katılıyorum yanıtı için 4, kesinlikle katılıyorum yanıtı için 5 puan verilir. Ölçekten alınacak en düşük puan 24, en yüksek puan 120'dir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması ebeveyn katılımına karşı kabul edici bir tutumu göstermektedir.

Tablo 1: Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin Değerlendirilmesi

Tutum sınıflaması	Puan
Tamamen reddediyorum	24- 36
Reddediyorum	37- 60
Kararsızım	61- 84
Kabul ediyorum	85- 108
Tamamen kabul ediyorum	109- 120

3.5. Değişkenler

3.5.1. Bağımsız Değişkenler

1. Sosyodemorafik Özellikler

- * Yaş
- * Medeni durum
- * Çocuk sahibi olma
- * Çocuk sayısı
- * Çalışılan hastane
- * Eğitim
- * Çalıştığı klinik
- * Çalışma yılı
- * Çocuk kliniklerinde çalışma yılı
- * Klinikteki konumu
- * Çocuğun bakımına ebeveyn katılımına yönelik bilgi alma durumu

3.5.2. Bağımlı Değişken

EKTÖ puan ortalaması.

3.6. Ön Uygulama

Eylül- Ekim 2015 tarihleri arasında, Zonguldak iline bağlı bir ilçe hastanesi çocuk kliniklerinde çalışan 24 hemşireye 11 adet sorudan oluşan demografik özellikler formu, 24 adet sorudan oluşan EKTÖ' inden oluşan anket formu uygulanmış olup ve soruların ve anket formunun anlaşılabilirliği, etkinliği değerlendirilmiştir. Ön uygulamadan elde edilen veriler, çalışmanın verilerine dahil edilmemiştir.

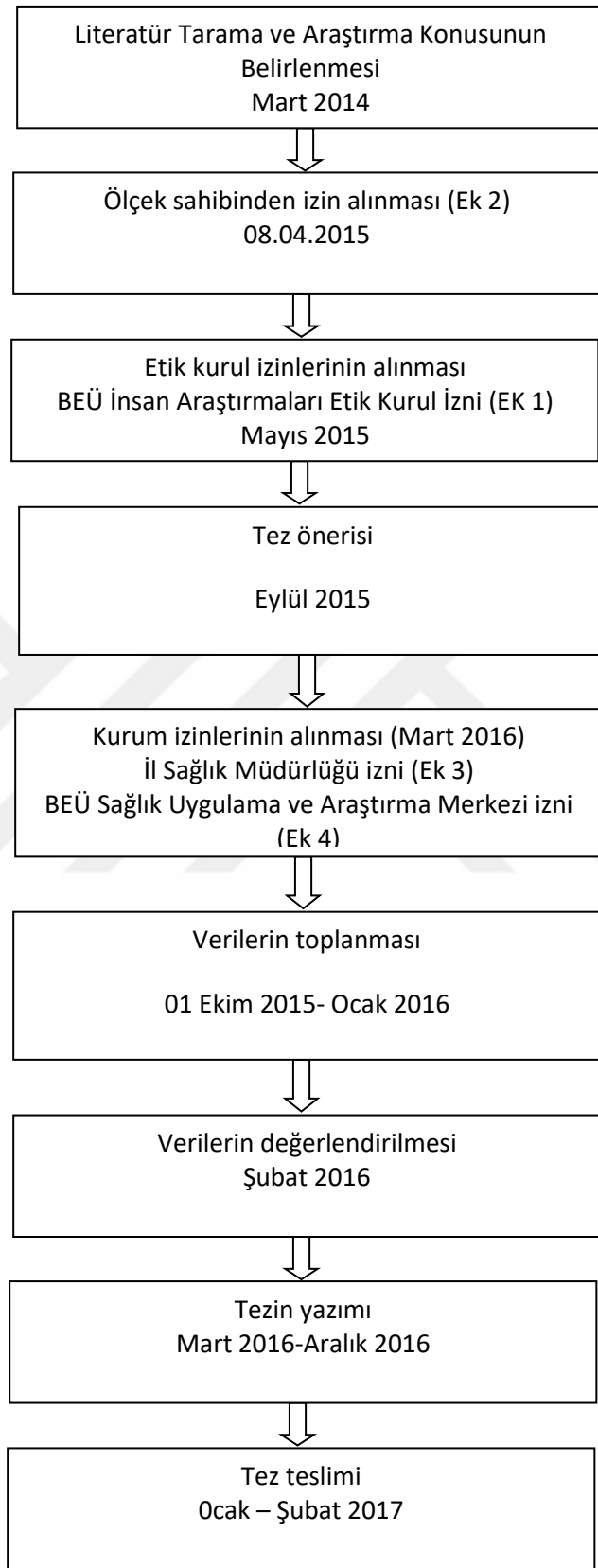
Ön uygulamanın değerlendirilmesi sonucunda katılımcıların görüşleri alınmış olup soruların anlaşılır ve açıklayıcı olduğu tespit edilmiş olup, anket formunda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

3.7. Veri Toplanması

Verilerin toplanmasında; araştırmacılar tarafından demografik özellikler soru formu ve ebeveyn katılım tutum ölçeğinden oluşan anket formları katılımcılara verilerek doldurmaları istenmiştir. Bir anket formunu doldurma süresi yaklaşık 10-15 dakikadır.



3.8.Araştırmanın Planı



Şekil 1: Araştırmanın Planı

3.9. Verilerin Analizi

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 13.0 programına aktarılarak değerlendirilmiştir. EKTÖ puanlarının normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov Smirnov testi yapılarak değerlendirilmiştir. Çalışmada yer alan kategorik değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde ile sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerleriyle verilmiştir. Normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerin 3 grup karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi, 2'li alt grup karşılaştırmalarında Tukey ve Bonferonni post-hoc testleri kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenlerin 3 grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi, 2'li alt grup karşılaştırmalarında Bonferonni düzeltmeli Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerin 2 grup karşılaştırmalarında Student t testi, normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenlerin 2 grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Çalışmadaki tüm istatistiksel karşılaştırmalarda p değeri 0,05'in altındaki karşılaştırmalar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.10. Araştırma Etiği

1. Araştırmanın etik açıdan uygun olup olmadığının değerlendirilmesi amacı 29.05.2015'de Bülent Ecevit Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'na başvuru yapılmış (Karar No: 2014/08 - 13) ve gerekli izin alınmıştır (EK 1).
2. EKTÖ kullanılabilmesi için gerekli yazılı izinler alınmıştır (EK 2).
3. Zonguldak Kamu Hastaneler Birliğinden Genel Sekreterliği'nden (Ek 3) ve Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğünden (Ek 4) izin alınmıştır (Ek 2).
4. Uygulamaya başlamadan önce katılımcılara araştırmanın amacı ve araştırma planına ilişkin bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır (Ek 5).

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yapıldığı hastanelerden Zonguldak Kadın Doğum Ve Çocuk Hastanesinde çalışan hemşirelerden sadece ulaşılabilen hemşireler araştırma kapsamına alınabildiğı için elde edilen bulguların genellenebilirliğı sınırlıdır.

Çalışmanın veri toplama sürecinde, örnekleme davet edilen ve katılmak isteyen hemşirelerin çalışmaya katılmakta isteklilik göstermişlerdir, ancak hemşirelerin nöbet usulü çalışmalarından dolayı çalışanların tümüne ulaşımı zaman almış olup, anket formlarını doldurup geri verme süreçlerinde hemşirelerin güçlük çektikleri gözlenmiştir. Gözlenen sorunlar arasında hemşirelerin yoğun, az sayı ile ve değışken saatlerde çalışmalarından soru formunu doldurmaya zaman bulamama, bu süreçte anket formu kaybetme gibi sorunlar yer almaktadır.

4. BULGULAR

Katılımcıların %66.2'sinin (n=86) evli, %33.8'inin (n=44) bekar, %56.9'unun (n=74) çocuğu olduğu, %43.1'inin (n=56) çocuğu olmadığı, %25.4'ünün (n=32) sağlık meslek lisesi, 14.6'sının (n=19) ön lisans, 55.6'sının (n=72) lisans, 5.4'ünün (n=7) yüksek lisans mezunu olduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcıların yaş ortalaması 32.58 ± 7.14 (20-58) dir ve ortalama çocuk sayısı 1.50 ± 0.60 (1-3)'dür (Tablo 2).

Tablo 2: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Medeni durum		
Evli	86	66.2
Bekar	44	33.8
Çocuk		
Var	74	56.9
Yok	56	43.1
Eğitim		
Sağlık meslek lisesi	32	25.4
Ön lisans	19	14.6
Lisans	72	55.6
Yüksek lisans	7	5.4
Toplam	130	100
Ortalama±Standart Sapma (Minimum-Maksimum)		
Ortanca		
Yaş	32.58 ± 7.14 (20-58)	31.0
Çocuk sayısı	1.50 ± 0.60 (1-3)	1.0

Katılımcıların iş yaşamına ait özelliklerine bakıldığında; %55.4'ü (n=72) üniversite hastanesinde, %44.6'sı (n=58) devlet hastanesinde, %18.5'i (n=24) dahili bakım, %14.6'sı (n=19) cerrahi bakım, %16.2'si (n=21) yoğun bakım, %20.0'ı (n=26) yeni doğan yoğun bakım, %16.2'si (n=21) acil servis, %7.7'si (n=10) poliklinik, %6.9'u (n=9) onkoloji servisi hemşireleri olduğu, %6.2'sinin (n=8) servis sorumlusu, %82.3'ünün (n=107) hemşire, %11.5'inin (n=15) ATT olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların çalışma yılları ortalaması 10.07 ± 7.74 (1-40) olup, çocuk kliniklerinde çalışma yılları ortalamasının 7.09 ± 6.31 (1-37) olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3: Katılımcıların İş Yaşamı İle İlgili Özellikleri

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Çalıştığı kurum		
Üniversite hastanesi	72	55.4
Devlet hastanesi	58	44.6
Çalıştığı klinik		
Dahili	24	18.5
Cerrahi	19	14.6
Yoğun bakım	21	16.2
Yeni doğan	26	20.0
Acil	21	16.2
Poliklinik	10	7.7
Onkoloji	9	6.9
Konum		
Sorumlu	8	6.2
Hemşire	107	82.3
ATT	15	11.5
Toplam	130	100
Ortalama Standart sapma		
Çalışma yılı	10.07±7.74 (1-40)	
Çocuk kliniklerinde çalışma yılı	7.09±6.31 (1-37)	

Katılımcıların çocuğun bakımına ebeveyn katılımına yönelik bilgi alma durumlarına bakıldığında, 18.5'inin (n=24) eğitim aldığı, 81.5'sinin (n=106) eğitim almadığı bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4: Katılımcıların Aile Merkezli Bakıma Yönelik Bilgi Alma Durumları

Değişkenler	Sayı	Yüzde
AMB bilgi alma durumu		
Evet	24	18.5
Hayır	106	81.5
Toplam	130	100

Katılımcıların ölçek puanından aldığı puanlar 80.38±6.95 (49.0-106.0) olup ortanca değeri 80.00 bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 5: Katılımcıların ‘Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği’ Puan Ortalamaları Ve Minimum-Maximum Değerleri.

Ölçek	Ortalama Puan	Standart Sapma	Ortanca	Minumum değer	Maksimum değer
EKTÖ	80.38	6.95	80.0	49.0	106.0

Katılımcıların sosyo- demografik özelliklerinden eğitim düzeyi ve çocuk sahibi olma özellikleri açısından EKTÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık görülmediği ($p>0.05$) tespit edilmiştir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre EKTÖ puan ortalamalarına baktığımızda ön lisans mezunlarının ortalama 80.11 ± 5.30 , yüksek lisans mezunlarının ise 81.01 ± 5.56 puan aldıkları görülmüştür. Çocuk sahibi olama durumlarına göre ise EKTÖ puan ortalamalarının çocuğu olanlarda ortalama 81.16 ± 5.93 , çocuk sahibi olmayanlarda ise 79.37 ± 8.01 belirlenmiştir. Medeni durumlarına göre EKTÖ puan ortalamalarına baktığımızda evlilerin ortalama 81.38 ± 6.59 , bekarların 78.41 ± 7.29 bulunmuş olup EKTÖ puan ortalamaları arasında farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$), (Tablo 6).

Tablo 6: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre ‘Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği’ Puan Ortalamaları (n=130)

Değişkenler	EKTÖ		Test değeri
Eğitim durumu (n)	X±SS	Ortanca (Min- Max)	KW p
Sağlık meslek lisesi (32)	79.24±7.60	81.0 (49.0-52.0)	20.276 0.964
Ön lisans (19)	80.11±5.30	79.0 (68.0-90.0)	
Lisans (72)	80.96±7.19	81.0 (65.0-106.0)	
Yüksek lisans (7)	81.01±5.56	79.0 (85.0-102.0)	
Medeni durum (n)			U p
Evli (86)	81.38±6.59	81.0 (64.0-106.0)	0.003 0.026
Bekar (44)	78.41±7.29	78.0 (49.0-92.0)	
Çocuk (n)			t p
Var (74)	81.16±5.93	81.0 (64.0-96.0)	1.594 0.145
Yok (56)	79.37±8.01	79.0 (49.0-106.0)	

Katılımcılarının iş yaşamı özelliklerine göre EKTÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde çalışılan hastane, klinik ve klinikte çalışılan konum arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Katılımcıların çalıştığı hastane ile EKTÖ puan ortalamasına baktığımızda üniversite hastanesinde çalışanların puan ortalaması 81.56 ± 7.9 , devlet hastanesinde çalışanların 78.9 ± 5.42 bulunmuş, her iki hastanede çalışanlar arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Çalıştıkları klinikler ile bakıldığında dahili birimlerde çalışanların 76.66 ± 5.34 , cerrahi birimde çalışanların 78.36 ± 9.93 , yoğun bakımda çalışanların 79.71 ± 4.22 , yeni doğan yoğun bakımda çalışanların 77.15 ± 5.73 , acil servisteki çalışanların 82.91 ± 4.12 , polikliniklerde çalışanların 85.70 ± 6.35 , onkoloji servisinde çalışanların 88.22 ± 7.82 olarak bulunmuştur. Yapılan ileri analizde yeni doğan yoğun bakımda çalışan hemşirelerin acil serviste çalışanlara göre bakıma ebeveyn katılımını daha az istekledikleri görülmüştür ($p=0.0006$).

Çalıştığı servisteki konumu ile EKTÖ puan ortalamalarını incelediğimizde; sorumlu hemşirelerde ortalama 85.00 ± 5.15 , hemşirelerde 79.58 ± 7.16 , ATT lerde ise 83.53 ± 3.92 olduğu görülmüştür. Yapılan ileri analizde hemşirelerin sorumlu hemşirelerden ($p=0.016$) ve hemşirelerden daha yüksek puan almasının ($p=0.01$) farklılığı oluşturduğu tespit edilmiştir.

Çocuk kliniklerinde çalışma yılı ile EKTÖ puan ortalaması ise 01-05 yıl arası çalışanların ortalama 79.43 ± 7.05 , 06-10 yıl arası çalışanların 82.41 ± 5.58 , 11-15 yıl arası çalışanların 79.08 ± 7.35 , 16 yıl ve üzeri olanların 80.37 ± 6.95 olduğu ve aradaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların EKTÖ puan ortalaması konu ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre incelendiğinde, konu ile ilgili bilgi alanların puan ortalaması 83.21 ± 8.77 , almayanların 79.74 ± 6.35 olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 7: Katılımcıların İş Yaşamı Özelliklerine Göre ‘Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği’ Puan Ortalamaları (n=130)

Değişkenler	EKTÖ	Ortanca (Min-Max)	Test değeri	
			t	p
Çalıştığı hastane (n)	X±SS			
Üniversite (72)	81.56±7.9	82.0 (49.0-106.0)	2.540	0.031
Devlet (58)	78.9±5.42	78.0(65.0-91.0)		
Çalıştığı klinik (n)			KW	p
Dahili (24)	76.66±5.34	77.0 (70.0-91.0)	31.057	0.001
Cerrahi (19)	78.36±9.93	81.0 (49.0-90.0)		
Yoğun bakım (21)	79.71±4.22	79.0 (75.0-90.0)		
Yenidoğan (26)	77.15±5.73	77.5 (65.5-93.0)		
Acil (21)	82.91±4.12	82.0 (75.0-90.0)		
Poliklinik (10)	85.70±6.35	85.0 (75.0-96.0)		
Onkoloji (9)	88.22±7.82	86.0 (80.0-106.0)		
Çocuk kliniklerinde çalışma yılı			F	p
01-05 yıl (67)	79.43±7.05	79.0 (70.0-91.0)	0.797	0.790
06-10 yıl (39)	82.41±5.58	81.0 (70.0-96.09)		
11-15 (13)	79.08±7.35	82.0 (64.0-93.0)		
16 ve üzeri (11)	80.37±6.95	79.0(68.0-96.0)		
Çalıştığı konum (n)			KW	p
Sorumlu (8)	85.00±5.15	85.0 (76.0-93.0)	11.640	0.003
Hemşire (107)	79.58±7.16	79.0 849.0-106.0)		
ATT (15)	83.53±3.92	82.0 (79.0-92.0)		
AMB bilgi alma durumu			t	p
Evet	83.21±8.77	81.5 (68.0-106.0)	2.24	0.027
Hayır	79.74±6.35	80.0 (49.0-93.0)		

Yaş, çalışma yılı ve çocuk kliniklerinde çalışma yılı ile EKTÖ puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki yokken çocuk sayısı ile EKTÖ puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 8: Katılımcıların Bazı Özellikleri İle ‘Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği’ Arasındaki İlişkiler

Değişkenler	Yaş		Çocuk sayısı		Çalışma yılı		Çocuk kliniklerinde çalışma yılı	
	R	p	R	p	R	P	R	P
EKTÖ	-0.015	0.864	-0.24	0.04	-0.007	0.93	0.165	0.06

5. TARTIŞMA

Çocukları hastanede kaldıkları süreçte ebeveynleri çocuklarının bakımının her aşamasına dahil etmeyi amaçlayan aile merkezli bakım uygulamaları, tüm yaş gruplarında ve tüm kliniklerde uygulanabilir. Ancak, bu bakım modeli çocukların kendi bakım ve ihtiyaçlarını karşılamadaki yetersizlikleri ve temel ihtiyaçlarını karşılamada ebeveynlerine bağımlı olmalarından dolayı çocuk kliniklerinde oldukça önemlidir (30).

Çocuğun hastalığı ve hastaneye yatması sürecini çocuk ve ebeveynlerin en az travma ile atlatabilmesi için bakımın her basamağına ebeveynlerin katılımı önemlidir. Aynı zamanda aile bütünlüğünü sağlamak için ebeveynlerin rol ve sorumluluklarını yerine getirebilmelerine olanak sağlanmalıdır. Ebeveynlerin çocuklarının bakıma katılması çocuğun kaygısını azaltır. Ebeveynlerin hastalık ve hastalık sürecinde doğacak problemlerden kaynaklanan bilinmezliklerini ve bunun neden olduğu endişelerini en aza indirger (8, 18).

Ebeveynin çocuğun bakımına katılımının sağlanmasında, hemşirelerin aile merkezli bakımın önemini kabul etmesi ve uygulamaya geçirmesi önemlidir. Hemşirelik eğitiminde aile merkezli bakım uygulamasının yer alması, klinikte çalışacak olan hemşirelerin buna yönelik görüşlerinin olumlu hale getirilmesine katkı sağlayacaktır (2). Ancak çalışmada katılımcıların çocuğun bakımına ebeveyn katılımına yönelik bilgi alma durumlarına bakıldığında, % 18.5'inin (n=24) bilgi aldığı, % 81.5'sinin (n=106) bilgi almadığı görülmektedir. Hemşirelerin % 81.5'inin ebeveynlerin bakıma katılımı ile ilgili bilgi sahibi olmamasının ülkemizde çocuk kliniklerinde aile merkezli bakım uygulamalarına yeterince yer verilmediğini gösterdiği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda da ülkemizde aile merkezli bakımın istenildiği düzeyde uygulanmadığı bunun kanıtlarındandır (9, 11).

Araştırma sonucu hemşirelerin EKTÖ puan ortalamalarının 80.38 ± 6.95 olduğu ve bakıma ebeveyn katılımı konusunda kararsız oldukları görülmüştür (Tablo 5). Yapılan çalışmalarda çalışmamıza benzer şekilde hemşirelerin ebeveynlerin bakıma katılımı konusunda kararsız oldukları belirlenmiştir. Dur ve arkadaşları (2016) hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin tutum ve davranışlarını değerlendirdikleri çalışmada; hemşirelerin %45.7'sinin bakıma ebeveyn katılımında kararsız olduklarını (84 ve altı puan aldıklarını) tespit etmiştir. Turan, Çetinkaya ve Ceylan (2006) hastane çocuğu yatan annelerin başa çıkma çabalarını etkileyen

faktörleri inceledikleri çalışmalarında; annelerin, %52.8'inin hastane ortamında çocuğun bakımı ile ilgili kontrol kaybı yaşadığını, %50.5'inin ağırlı işlemler sırasında odadan çıkarıldığını, %61.7'sinin çocuğuna yanlış uygulama yapılmasından korktuğunu; %83.9'una hastaneye yatma öncesinde klinik tanıtılmadığını, %58.4'üne bakıma yönelik eğitim, %66.3'üne de çocuğun hastalığına yönelik eğitim verilmediğini tespit etmişlerdir. Benzer şekilde hemşirelerin aile merkezli bakımı algılama ve uygulama alanlarında farklılıklar olduğu; hemşirelerin aile merkezli bakımın gerekliliğini düşündükleri ancak uygulamada bu şekilde davranmadıkları, aile merkezli bakım uygulamadıkları belirlenmiştir (7). Hemşirelerin ailelere bakım vermenin çocuğa bakım vermektten daha zor olduğunu, bazen ailelerin sorularıyla zor durumda kaldıklarını ve aileleri bakıma katmak için çok fazla zaman ve enerji harcadıklarını ifade ettikleri tespit edilmiştir (18). Çalışmaların ışığında, hemşireler uygulanan girişimler ve çocuğun hastalık süreci hakkında ebeveynlere bilgi verdiklerinde ebeveynlerin kaygısının azalacağı ve çocuğun bakımına ebeveynin etkin katılımının sağlanması ile aile merkezli bakımın temel unsurlarından birinin gerçekleşmiş ve olacağı çocuklar için de tedavi edici bir çevre yaratılabileceği düşünülmektedir (11).

Katılımcıların öğrenim durumları EKTÖ puan ortalamaları üzerinde anlamlı fark yaratmamakla birlikte eğitim düzeyi arttıkça çocuğun bakımına ebeveyn katılımını destekledikleri yüksek lisans mezunlarının (81.01±5.56) ile EKTÖ en yüksek puan aldıkları görülmektedir. Peterson ve arkadaşları (2004)'nin yaptığı çalışmada; hemşirelerin, eğitim durumunun aile merkezli bakım uygulamalarını etkilemediğini saptarken; Gill (1993) eğitim seviyesi yüksek olan hemşirelerin aile merkezli tutuma bakıma karşı daha olumlu tutum sergilediğini tespit etmişlerdir (51). Katılımcıların eğitim seviyelerine göre ebeveyn katılımına yönelik farklı tutum sergilemelerinin nedeninin hemşirelerin eğitimlerinde ebeveyn katılımına ilişkin farklı düzeyde bilgi verilmesine ya da hiç bilgi verilmemesine bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Çocuk sahibi olma özellikleri açısından EKTÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmamakla birlikte çocuğu olan hemşirelerin EKTÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Medeni durumlarına göre EKTÖ puan ortalamalarına baktığımızda evlilerin ortalama 81.38±6.59, bekarların 78.41±7.29 bulunmuş olup EKTÖ puan ortalamaları arasında farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$), (Tablo 6). Yapılan çalışmalarda; evli ve çocuğu olan sağlık

personelinin diğerlerine göre ebeveyn katılımına karşı daha olumlu bir tutum içinde olduğu saptanmıştır (49, 50). Katılımcıların evli ve çocuk sahibi olma durumunun 'ebeveynle aynı durumda bende olabilirim' düşüncesi ile empatik yaklaşımdan kaynaklandığı, çocuk sahibi olmayanların ise ebeveynlerin yerine kendilerini koymada çok da başarılı olmadıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcılarının iş yaşamı özelliklerine göre EKTÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde çalışılan hastane, klinik ve klinikde çalışılan konum arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Katılımcıların çalıştığı hastane ile EKTÖ puan ortalamasına baktığımızda üniversite hastanesinde çalışanların puan ortalaması 81.56 ± 7.9 , devlet hastanesinde çalışanların 78.9 ± 5.42 bulunmuş, her iki hastanede çalışanlar arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Yapılan bir çalışmada devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin ebeveynlerin çocuklarının bakımına katılımına ilişkin tutum ölçeği puan ortalamalarının özel hastanede çalışanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (13). Doğan (2010) yaptığı tez çalışmasında ise Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesinde çalışan hemşirelerin ailem merkezli bakım genel puan ortalamalarının, Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi'ndeki hemşirelere göre daha yüksek olduğunu belirlemiştir (17). Araştırma üniversite hastanesinde görev yapan hemşirelerin yüksek puan almasının; devlet ve üniversite hastanesi arasındaki fiziki koşullar, kliniklerde çalışan hemşire ve doktorların sayısı ve eğitim özellikleri, üniversite hastanesinde hasta bakımına ilişkin belirlenmiş prosedür ve protokollerin olması ve üniversite hastanesine yatan hastaların hastalıklarının daha ağır olması, hastanede kalış süresinin daha uzun olması, buna bağlı olarak hastanın taburculuk sonrası bakımın sağlanması gerektiğinden dolayı çalışanların aile merkezli bakımı uygulamaya geçirmeye daha olumlu baktıkları düşünülmektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre EKTÖ puan ortalamalarına baktığımızda anlamlı farklılık olduğu dahili birimlerde çalışanların en düşük, onkoloji kliniklerinde çalışanların en yüksek puan aldıkları görülmüştür. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin çalıştıkları klinik ile ebeveynlerin bakıma katılımına yönelik tutumlarını etkilemediği görülmüştür (13, 17). Yaşamı tehdit edici hastalığı olan çocuk ve ebeveynlerinin bakımına yönelik hemşirelik girişimleri zordur. Bu nedenle bakımın düzenli, planlı ve kapsamlı bir şekilde planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi gerekir. Onkoloji kliniklerinde tedavi gören çocukların hemşirelik girişimlerinde aile merkezli bakım uygulanmalı ve hem fiziksel hem de psikolojik

bakımı sağlanmalıdır (19). Onkoloji kliniklerinden yatan çocukların tedavi süreçlerinin dahili kliniklerde yatanlara oranla daha uzun ve yorucu olması, onkoloji kliniğinde tedavi gören çocukların dahili kliniklerde yatan çocuk ve ebeveynlere oranla daha çok kişisel bakıma ve psikolojik desteğe ihtiyaçlarının olması, onkoloji kliniklerinde yatan çocukların yattıkları süreçteki tedavi ve bakımlarının evde devam etmesi gerektiği ancak dahili kliniklerinde bu durumun daha az rastlanılır olması ve onkoloji hastası çocukların hastaneye yatışlarının aralıklı olarak tekrarlanacak olmasının bu sonuçla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalıştığı servisteki konumu ile EKTÖ puan ortalamalarını incelediğimizde; sorumlu hemşirelerin ATT lerden ($p=0.016$) ve hemşirelerden daha yüksek puan almasının ($p=0.01$) farklılığı oluşturduğu tespit edilmiştir. Bruce ve Ritchie (1997) aile merkezli bakımda hemşirelerin uygulamaları ve algılamalarına yönelik yaptıkları çalışmalarında hemşirelerin çalışma pozisyonunun aile merkezli bakım algılamalarını etkilediğini belirlemişlerdir. Sorumlu hemşirelerin servisin işleyişine ve hasta bakım prosedür ve talimatlarına daha fazla hakim olmalarının, sorumlu hemşirenin çalıştığı klinikte diğer çalışan hemşireler ve ATT'lerden daha uzun süredir çalışıyor olması çocuğun bakımına ebeveyn katılımını daha fazla desteklediklerini açıklamaktadır.

Ebeveynlerin çocuğun bakımına katılabilmesi için öncelikle çocuk kliniklerinde görev yapan hemşirelerin aile merkezli bakım uygulamaları hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olması gerekmektedir. Katılımcıların çocuğun bakımına ebeveyn katılımına yönelik bilgi alma durumlarına bakıldığında 18.5'inin ($n=24$) bilgi aldığı, 81.5'sinin ($n=106$) bilgi almadığı ve bilgi alma durumu ile EKTÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık görüldüğü, bilgi alanların EKTÖ puan ortalamasının almayanlardan yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan bir çalışmada hemşirelerin %64.3'ünün ebeveynin bakıma katılımı ile ilgili bilgi sahibi olduğu görülmüştür (13). Doğan (2010) ise yaptığı çalışmada hemşirelerin meslek eğitimleri süresince ya da mezuniyet sonrası dönemde aile merkezli bakım kavramı ile ilgili bir eğitim alma durumları ile aile merkezli bakım anketi genel puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulmamıştır. Çalışmamızda ebeveyn katılımı ile ilgili bilgi alan hemşirelerin çocuğun bakımına ebeveyn katılımına çok daha fazla olumlu baktıkları görülmüştür (17).

Çocuk kliniklerinde çalışma yılı ile EKTÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmamakla birlikte çalışma süresi 06-10 yıl arası çalışanların EKTÖ puan ortalaması 82.41 ± 5.58 bulunmuştur (Tablo 7). Bruce ve Ritchie (1997) hemşirelerin

pediatrik deneyimlerinin çocuğun bakımına ebeveyn katılımına yönelik tutumlarını etkilemediğini belirlemiştir. Benzer şekilde yapılan bazı çalışmalarda hemşirelerin çocuk kliniklerinde çalışma yılı ile ebeveynlerin bakıma katılımına yönelik tutumları arasında anlamlı farklılık bulunamazken (17, 51); Peterson ve ark (2004) klinik alandaki çalışma yılı 10 yıl ve daha az olan hemşirelerin aile merkezli bakımı daha çok önemstedikleri ve daha tutarlı uyguladıklarını saptamıştır. Gill (1993) çalışmasında deneyimin hemşirelerin ebeveyn katılımına yönelik tutumlarını olumlu yönde etkilediğini belirlemiştir. Çocuk kliniklerinde çalışmak sadece hasta olarak çocukla değil aynı zamanda hassas ve stresli ebeveynlerle de çalışmaktır. 01-05 yıl arası çalışanların EKTÖ puana ortalamalarının 79.43 ± 7.05 bulunması; çalışanların bu durumu kabullenmede ve ebeveynlerle çalışma ortamına uyum sağlamada zorlandıklarını, 06-10 yıl arası çalışanların EKTÖ puan ortalamasının 82.41 ± 5.58 olması ise çalışma yılı artıkça servis işleyişine, hasta bakım prosödür ve talimatlarına, bakıma ebeveyn katılımına daha olumlu baktıklarını düşündürmektedir. 11-15 yıl arası çalışanlarda EKTÖ puan ortalamasının 79.08 ± 7.35 , 16 yıl ve üzeri olanların ise 80.37 ± 6.95 bulunması; çocuk kliniklerinin yoğun, ebeveynlerin stresli olması çalışanların klinikte çalışma yılları artıkça stres düzeylerinin artması, tahamül düzeylerinin düşmesi ve buna bağlı olarak bakıma ebeveynleri katmak için harcanan zaman, ilgi ve alakanın hemşireleri zorladığı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

1. Katılımcıların yaş ortalaması 32.58 ± 7.14 (20-58), %66.2'sinin (n=86) evli, %56.9'unun (n=74) çocuğu olduğu, % 55.4'ünün (n=72) lisans, 5.4'ünün (n=7) yüksek lisans mezunu olduğu,
2. Katılımcıların %55.4'ü (n=72) üniversite hastanesinde, %20.0'ı (n=26) yeni doğan yoğun bakım, %81.5'inin (n=106) hemşire, %12.3'ünün (n=16) ATT,
3. Katılımcıların çalışma yılları ortalaması 10.07 ± 7.74 (1-40) olup, çocuk kliniklerinde çalışma yılları ortalamasının 7.09 ± 6.31 (1-37) olduğu,
4. Katılımcıların ölçek puanından aldığı puanlar 80.38 ± 6.95 (49.0-106.0) olup ortanca değeri 80.00 olduğu,
5. EKTÖ puan ortalamaları ile medeni durum, çalışılan hastane, klinik ve klinikte çalışılan konum arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir.

6.2. Öneriler

- 1- Hemşirelik lisans eğitiminde aile merkezli bakım uygulamasının yer alması, klinikte çalışacak olan hemşirelerin buna yönelik görüşlerinin olumlu hale getirilmesine katkı sağlayacaktır.
- 2- Bunun yanı sıra hastane politikasının bakıma ebeveyn katılımını benimsemiş olması, çalışmakta olan ve işe başlayan hemşirelere oryantasyon ve hizmet içi eğitimlerle aile merkezli bakıma yönelik gerekli eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.
- 4- Çocuk kliniklerinde çalışan hemşire sayısının klinikte tedavi gören hasta sayısına oranla yetersiz olmasından kaynaklı hemşirelerin bakıma ebeveyn katılımında zorlandıkları ve bundan dolayı da olumsuz baktıkları düşünülmektedir. Çocuk kliniklerde çalışan hemşirelerin sayısının artırılması ve mesai saatlerinin düzenlenmesi önerilmektedir.
- 5- Çocuk klinikleri hasta bakımı ve aile merkezli bakım uygulaması açısından etkin kliniklerdir. Bu yüzden çocuk kliniklerinde bakımın niteliğini arttırmak ve çocuğun bakımına ebeveyn katılımını hayata geçirmek için bu kliniklerde çocuk alanında çalışma tecrübesi olan, empatik düşünce yönünü geliştirmiş, eğitim almaya

ve bilgi paylaşmaya açık, iletişimi güçlü, eğitim düzeyi lisans yada yüksek lisans olan hemşireler çalıştırılmalıdır.



7. KAYNAKLAR

- 1- Kuğuoğlu S, övener , Aktaş E, Kürtüncü Tanır M. Yatağa bağımlı çocuğun aile merkezli bakımında sinerji modelinin kullanımı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(1), 2009.
- 2- Aykanat B, Gözen D. Çocuk sağlığı hemşireliğinde aile merkezli bakım yaklaşımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(1), 2014.
- 3- avuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Cilt 1, 9. Basım, s.47-51, Sistem Ofset Ltd. Şirketi, Ankara, 2008.
- 4- Ocakcı A. Çocukun Aile Merkezli Bakımı. 2. Basım, s.11-23, Dökel Matbaası, Zonguldak, 2006.
- 5- Ünalın P, Uzuner A, ifçili A, Akman M, Apaydın Kaya . Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğinin Sağlık Hizmeti Sunduğu Aileler. Marmara Medical Journal, 22(2):090-096, 2009.
- 6- Hockenberry M.J (ed.), Wilson D (ed.), Sanders J. Impact of hospitalization on the child and family: wong's essentials of pediatric Nursing. 8th edition, s.658-686, . Mosby Inc, Philadelphia, 2009.
- 7- Turan T, etinkaya B, Ceylan S.S, Altundağ S. Denizli ili pediatri kliniklerinde refakatçi olarak kalan annelerin hospitalizasyona yönelik tepkileri ve etkileyen faktörler. 50. Milli Pediatri-6. Milli Çocuk Hemşireliği Kongre Bildiri Kitabı, s:64. Antalya, 08-12 Kasım 2006.
- 8- Schepp KG. Factors influancing the coping effort of mathers of hospitazlized children. Nursing Research, 40(1):42-46, 1991.
- 9- Boztepe H, avuşoğlu H. Bir üniversite hastanesindeki uygulamaların aile merkezli bakım yönünden incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi (11-24), 2009.
- 10- Tosun A, Güdücü Tüfekci F. Çocuk kliniklerinde aile merkezli bakım uygulamalarının incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 18(2), 2015.
- 11- Kuzlu Ayyıldız T, Kalıncı N, Topan A. Üniversite hastanesinde çocuklara verilen bakımın aile merkezli bakım yönünden incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 6(1), 2011.
- 12- Challery P. Caring for parents of hospitalized children: A hidden area of nursing work. Journal of Advanced Nursing, 26:992-998, 1997.

- 13- Dur Ş, Gözen D, Bilgin M. Devlet ve özel hastanedeki hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin tutum ve davranışları. *Güncel Pediatri*, 14:1-9, 2016. DOI:10.4274/jcp.67699
- 14- Er M. Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 49: 155-168, 2006.
- 15- İşler A, Conk Z. 'Pediatri aile merkezli bakım'. *Ege Pediatri Bülteni*, 13(3): 187-193, 2006.
- 16- Çalışır H, Şeker S, Güler F, Taşcıoğlu Anaç G, Türkmen M. Yeni doğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin gereksinimleri ve kaygı düzeyleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 2008.
- 17- Doğan B. Hastanede yatan çocuğun bakımına ebeveynlerin katılımı konusunda hemşirelerin, doktorların ve ebeveynlerin görüşleri ve beklentileri. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010.
- 18- Callery, P. Caring for parents of hospitalized children: A hidden area of nursing work. *Journal of Advanced Nursing*. 26: 992-998, 1997.
- 19- Oğuzhan M, Erden G. Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocuklarda ve ailelerinde ortaya çıkan sorunlar ve psikososyal müdahalenin önemi. *New/Yeni Symposium Journal*, 50(3):Eylül 2012.
- 20- Çakaloz B, Kurul S. Duchenne muskuler distrofi çocukların aile işlevlerinin ve annelerinde depresyon ve kaygı düzeylerinin araştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 8:24-30, 2005
- 21- Toros F, Tot Ş, Düzovalı Ö. Kronik hastalığı olan çocuklar, anne ve babalarındaki depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*, 5:240-247, 2002.
- 22- Fazlıoğlu K, Hocaoğlu Ç, Sönmez M. F. Çocukluk çağı epilepsisinin aileye etkisi. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 2(2):190, 2010.
- 23- Spilkin A, Ballantyne A. Behavior in children with a chronic illness: A descriptive study of child characteristics, family adjustment, and school issues in children with Cystinosis. *Families, Systems, and Health*, 25:68-84, 2007.
- 24- Çavuşoğlu H. Pediatri aile merkezli bakım. *Hemşirelik Forumu*, 4(2-3), 1-6, 2001.
- 25- Törüner E, Büyükgönenç L. Çocuk Sağlığı Hemşireliği: Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. 1. Basım, s.172-182, Gökçe Ofset, Ankara, 2011.

- 26- American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care. Family-Centered Care and The Pediatrician's Role. *Pediatrics*. 112(3): 690-697, 2003.
- 27- Galvin E, Boyers L, Schwartz PK. et al. Challenging the precepts of family-centered care: testing a philosophy. *Pediatric Nursing*, 26(6): 625- 632, 2000.
- 28- Öztürk C, Ayar D. Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, DEUHYO ED 7 (4): 315-320, 2014.*
- 29- Bağcı T, Kayabaşı Ç. Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım EMPATİ Hemşirelik Bülteni, 9-11, Nisan 2015 .
- 30- Yıldırım S. Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'nin Türkiye'deki geçerlik güvenirlik çalışması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek lisans Tezi, İzmir, 2008.*
- 31- Dağoğlu T, Görak S, Yıldız S. Yüksek Riskli Yenidoğanların Taburculuğa Hazırlanması ve Preterm Bebeklerin İzlemi: Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. s. 789-803, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2008.
- 32- Lindeke L., Leonard., Presler B., Garwick A.: family-centered care coordination for children with special needs across multiple setting. *Journal Pediatric Health Care*, 16, 290-297, 2002.
- 33- Palmer J.: Care of sick children by parents: A meaningful role. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 185-191, 1993.
- 34- Piskosz Z.: One pediatric emergency department's successful approach to family centered care. *Journal of Emergency Nursing*. 33(2), 169-171, 2007.
- 35- Teksöz E., Ocakcı A. F., Çocuk hemşireliği'nde sanat uygulamaları, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, Cil 7, Sayı 2; 2014.*
- 36- Alderson P. European charter of children's rights. *Bulletin of Medical Ethics*. p.13-5. October; 1993.
- 37- Schor EL.: Family Pediatrics: Reports of the task force on the family. *Pediatrics*. 111, 1541-71, 2003.
- 38- Sarajervi A, Haapameki M, Paavilainen E. Emotional and informational support for families during their child's illness. *International Nursing Review*. 53(3):205-10, 2006.

- 39- Cooper L, Gooding J, Gallagher J, Sternesky L, Ledsy R, Berns S. Impact of a family-centered care initiative on NICU care, staff and families. *Journal of Perinatology*. 27:32-37, 2007.
- 40- Broom M. Helping parents support their child pain. *Pediatric Nursing*. 26(3): 315- 317, 2000.
- 41- Kristenson-Hallström I, Elander G, Malmfors G. Increased parental participation in a paediatric surgical day-care unit. *Journal of Clinical Nursing*. 6: 297–302, 1997.
- 42- Bruce B, Ritchie R. Nurses’ practices and perceptions of family-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*. 12: 214- 222, 1997.
- 43- Sisterhan LL, Blaszak RT, Woods MB, Smith CE. Defining family-centered rounds. *Teach Learn Med. Abstracts*.19(3), s. 319-22, 2007.
- 44- Oktay H. bir üniversite hastanesinin çocuk servislerinde verilen bakımın aile merkezli bakım yönünden incelenmesi ve anne görüşlerinin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2004.
- 45- Birol L. Hemşirelik Süreci. 4. Baskı. s.14-28, Etki Matbaacılık Yayıncılık. İzmir, 2002.
- 46- Paliadelis P, Cruickshank M, Wainohu D, Winskill R, Stevens H. Implementing family-centered care: An exploration of the beliefs and practices of pediatric nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 23(1): 31-36, 2005.
- 47- Espezel H, Canam C. Parent-nurse interactions: care of hospitalized children. *Journal of Advanced Nursing*. 44(1): 34-41, 2003.
- 48- Ahmann E, Johnson B. New guidance promote family centered change in health care institution. *Pediatric Nursing*. 27(2):173-75, 2001.
- 49- Gill KM. Health professionals’ attitudes toward parent participation in hospitalized children’s care. *Children’s Health Care*. 22(4): 257- 271, 1993.
- 50- Alexander D, White M, Powell G. Anxiety levels of rooming-in and non-rooming-in parents of young hospitalized children. *Maternal Child Nursing Journal*. 17:79-99, 1988.
- 51- Peterson C, Klevens J, Luo F, Xu L, Latzman NE. Paid family leave's effect on hospital admissions for pediatric abusive head trauma. *Inj Prev*. 22(6): 442-445, 2016. doi: 10.1136/injuryprev-2015-041702. Epub Feb 11, 2016.

8. EKLER

Ek 1. Etik Kurul İzni

Kayıt Tarihi: 29.04.2015

Protokol No: 56

29/05/2015



T.C

BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARARI

ÇALIŞMANIN TÜRÜ:	Anket
BAŞLIK:	Zonguldak İl Merkezinde Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin "Çocuğun Bakımında Ebeveyn Katılımına" Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi
SORUMLU ARAŞTIRMACI:	Yrd.Doç.Dr. Tülay Kuzlu AKYILDIZ
KARAR:	UYGUN

ETİK KURUL ÜYELERİ

- 1- Prof. Dr. Hamza ÇEŞTEPE (Başkan)
- 2- Yrd. Doç. Dr. Hasan SANKIR (Başkan Yrd.)
- 3- Doç. Dr. Ali ARSLAN (Başkan Yrd.)
- 4- Doç. Dr. Rıza YILMAZ
- 5- Doç. Dr. İlhan KARATAŞ
- 6- Yrd. Doç. Dr. Fatih BAYRAMOĞLU
- 7- Yrd. Doç. Dr. Hasan ÖZER

İMZA

.....
.....İzinli.....
.....
.....
.....
.....

29.05.2014 tarih ve 2014/08-13 sayılı Senato Kararı ile kabul edilmiştir.

Ek 2. EKTÖ kullanım izni

Re: Ölçeğin kullanım izni ile ilgili

Ayfer Elçigil <aelcigil@ku.edu.tr>

8.4.2015 (Çar) 12:39

Kime:selda çoban <seldaturkmn61@hotmail.com>;

Seldacım, bu benim tez öğrencimim çalışması ama kullanabilirsiniz... İyi çalışmalar

Ayfer

2015-04-08 12:01 GMT+03:00 selda çoban <seldaturkmn61@hotmail.com>:

Merhaba Hocam

Ben Selda Türkmen Çoban Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programının öğrencisiyim. Geçerliliği ve güvenilirliğini yaptığınız "Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği'ni (Parent Participation Attitude Scale-PPAS)" yüksek lisans tezimde kullanmak için izin istiyorum . İlginiz ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Ek 3. ZKHB Genel Sekreterliği İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 09/03/2016-6584



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Zonguldak İli Kamu Hastane Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 79914002/799
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı Tez Çalışması

BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)

İlgi: 21/02/2016 tarihli ve 2766 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınızda belirttiğiniz Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Selda TÜRKMEN ÇOBAN'ın "Zonguldak İli Merkezinde Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Çocuğun Bakımında Ebeveyn Katılımına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını birliğimize bağlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yapabilmesi, planlanan çalışmaların kesinlikle kişisel veri ya da başka bir deyişle kişilik mahremiyet hakkını ihlal edecek hiçbir bilginin kullanılmaması kaydıyla Genel Sekreterliğimiz tarafından uygun görülmüş olup, araştırmanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva edip, etmediğinin tetkiki, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı ve süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak, yapılacak çalışmanın sonucunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Uzm. Dr. Mustafa Özkan GÜN
Genel Sekreter

Fikri SOYLU
Müdür
GÜVENLİ ELEKTRONİK
İMZALI ASLI İLE AYNISIDIR
TARİH: ...2...3...3...12016...

İncivez Mah. Milli Egemenlik Cad.No:130 Kat:4 Zonguldak
A.ÖZTÜRK Eğitim Birimi/ Tlf: 03722910080-Dahili:6045 Faks:03722575757
E-Posta:khh67_ib@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 6bbb632-3bc8-4228-a7c0-a565e8220f9f kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 4. BEÜ Uygulama ve Araştırma Merkezi İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 22/02/2016-9462



T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Sayı :16734702/302.08.01/
Konu :Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 17/02/2016 Tarihli, 36771699- 302.08.01- 8806 sayılı yazınız,

Enstitünüz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Selda TÜRKMEN ÇOBAN'ın, "Zonguldak İl Merkezinde Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Çocuğun Bakımında Ebeveyn Katılımına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını Merkezimizde yapması talebine ilişkin ilgi yazınız incelenmiş olup; talep Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır
Doç.Dr. Bekir Hakan BAKKAL
Başhekim

BEÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü (Yazı İşleri ve Ayrıntılı bilgi için İrtibat: Y.Kılıç
Evrak Şefliği) Kozlu/Zonguldak
Tel : (0372) 261 20 01 Faks: (0372) 261 27 68
E-Posta: : ozelkalem@beun.edu.tr Elektronik ağı:http://hastane.beun.edu.tr/v.2/

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 5. Bilgilendirilmiş-Onam Formu

Bu çalışma, çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin 'Çocuğun Bakıma Ebeveyn Katılımına Yönelik Tutumlarını Belirlemek' amacı ile planlanmıştır. Bu çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır. Bu konuda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Araştırmaya katıldığınız için sizden para istenmeyecek ve size para ödenmeyecektir. Araştırma için dolduracağınız bilgi formları/ölçekler ve sözel olarak paylaşacağınız tüm bilgiler araştırmacı tarafından saklanacak ve isminiz hiçbir şekilde araştırma raporunun hiçbir yerinde açıkça yazılmayacaktır. Bu bilgilendirme formunu okudum ve araştırmacı sözel olarak bilgi verdi. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih

Ad-Soyad

İmza

Ek 6. Tanıtıcı Bilgi Formu

Değerli katılımcı;

Bu çalışma, çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin 'Çocuğun Bakıma Ebeveyn Katılımına Yönelik Tutumlarını Belirlemek' amacı ile yapılmıştır. Bu nedenle maddelerin her birine size en uygun gelen cevabı vererek değerlendirmeniz istenmektedir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Selda Türkmen Çoban

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

- 1- Doğum yılınız 19.....
- 2- Medeni durumunuz? 1) Evli () 2) Bekar ()
- 3- Çocuğunuz varmı? 1) Evet () 2) Hayır ()
- 4- Çocuğunuz varsa kaç tane?
- 5- Çalıştığınız hastane 1) Üniversite Hastanesi () 2) Devlet Hastanesi ()
- 6- Hemşire olarak kaç yıldır çalışıyorsunuz?
- 7- Çocuk kliniklerinde kaç yıldır çalışıyorsunuz?
- 8- Çalıştığınız klinik? 1) dahili bakım () 2) cerrahi bakım () 3) yoğun bakım ()
4) acil servis () 5) poliklinik () 6) diğer () yazınız
- 9- Klinikteki konumunuz? 1) Servis sorumlusu () 2) Hemşire () 3) ATT () 4)
Diğer () yazınız
- 10- Eğitim düzeyiniz? 1) Sağlık Meslek Lisesi () 2) Ön Lisans ()
3) Üniversite () 4) Yüksek Lisans () 5) Diğer ()
- 11- Aile merkezli bakım ile ilgili herhangi bir bilgi aldınızı (eğitim, kitap, broşür vs...)

1) Evet

2) Hayır

Ek 7. Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği

Değerli katılımcı;

Aşağıda cevaplayacağınız sorular Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeğidir. Bu ölçeğin doğru değerlendirilebilmesi için **1. Kesinlikle katılmıyorum, 2. Katılmıyorum, 3. Belirsiz, 4. Katılıyorum, 5. Kesinlikle katılıyorum** şeklinde değerlendirmeniz gerekmektedir.

Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği

	1	2	3	4	5
1. Ebeveynler belirlenmiş ziyaret saatlerini aşarsa, normal hastane rutini aksar.					
2. Sağlık personeli-hasta ilişkisi çoğu zaman ebeveynlerin katılımı ile artırılır.					
3. Eğer herhangi bir işlem ebeveyne sabırlı ve anlayışlı bir şekilde açıklanırsa, ebeveynler çocuğa daha iyi duygusal destek verebilirler.					
4. Çocuğun durumunda olumlu bir gelişme olursa, normal koşullar altında, aileye bilgi vermeye gerek yoktur.					
5. Röntgeni çekilirken ebeveynin çocuğun yanında bulunmasına izin vermek genellikle iyi bir uygulamadır.					
6. Omurilik sıvısı almak gibi, tıbben zor bir işlemi aileye anlatmak, kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamaz.					
7. Ebeveynler, terminal dönemdeki çocuklarının bakımına katılırlarsa, çocuklarının ölümünü kabullenmek daha kolay olacaktır.					
8. Çocukları ile kalmakta ısrar eden ebeveynler, genellikle, çok üzgün olanlardır					
9. Ebeveynler ne zaman isterlerse hastaneyi ziyaret etmelerine izin verilmelidir.					
10. Çocuklarının durumu ile ilgili üzüntü belirtileri gösteren ebeveynlerin çocuklarını ziyaret etmelerine izin verilmemelidir.					
11. Ebeveyn işlemi tam olarak anlamış olsa bile, sağlık görevlisinin bir işlemi çocuğa açıklamayı, açıklamayı ebeveyne yaptırmamasından genellikle daha iyidir.					
12. Ölümün gerçekleşmesi durumunda, ebeveynlerin odada olmamaları genellikle daha iyidir.					
13. Çocuğun durumunda olumsuz bir gelişme olursa, normal koşullar altında, aileye bilgi vermeye gerek yoktur.					
14. Bir çocuğun ebeveyninin yanında olması genellikle onu çok rahatlatır					
15. Genellikle gerekli önlemleri aldıktan sonra, ebeveynlerin röntgen odasında çocuklarına eşlik etmelerine izin verilmemelidir.					
16. Ebeveynler eğer evdeki maddi durumu uygun değil ise, hastanede kalmaları, ücretsiz yemek ve otobüs ücreti vs. gibi olanaklardan yararlanmaları için teşvik edilmelidir.					
17. Ebeveynlerin çoğu çocukları ile kalmanın onlar için ne zaman iyi ne zaman kötü olduğunun farkında değildirler.					
18. Normalde ebeveynlerin evde verebileceği bir ilaç olsa bile, her zaman sağlık personeli tarafından verilmelidir.					
19. Eğer birkaç gün içinde ölüm bekleniyorsa ve çocuğun bilinci açık ise, ebeveynler çocuklarıyla kalmaları için teşvik edilmelidir.					
20. Tıbbi açıdan kontrendikasyon yoksa ebeveynlerin çocuklarını kendilerinin beslemesi sağlık çalışanlarının beslemesinden daha iyidir.					
21. Sağlık çalışanlarının bilgilendirmesi ve gözetimi altında, ebeveynlerin çocuklarının basit pansuman değiştirme işlemlerini yerine getirmelerine izin verilmelidir.					
22. Genel olarak terminal vakalarda ebeveynlere tanı ve tanıya ilişkin girişimler söylenmemelidir					
23. Enjeksiyon uygulamaları gibi çocuğun hareketlerinin kontrol altında tutulmasını gerektiren durumlarda, bir ebeveyn bu fonksiyonu yerine getirebilir.					
24. Ebeveynleri bakımlarına katıldığında, çocuklar hastaneye yatmayla daha iyi başa çıkabilir.					

9. ÖZGEÇMİŞ

Selda Türkmen Çoban 1979 Kilimli/Zonguldak doğumludur. 1990 yılında Kilimli Pirireis İlkokulu, 1993 Kilimli Orta Okulu, 1996 Kilimli Lisesi'nsenden mezun olmuştur. 2001 yılında Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Lisans eğitimini tamamlamıştır.

Çalışma hayatına 2001 yılında Başkent Üniversitesi Hastanesi Genel Yoğun Bakım Ünitesi'nde başlamıştır. 2002 – 2003 yılları arası Acıbadem Hastanesi Çocuk Sağlığı Servisinde, 2003 – 2007 yılları arası Şanlı Urfa Viranşehir Devlet Hastanesi Çocuk Sağlığı Servisinde, 2007 – 2010 yılları arası Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Erişkin Hastanesi Pediatrik Kalp – Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinde, 2010 Haziran ayından itibaren Bülent Ecevit Üniversitesi Yenidoğan, Çocuk Sağlığı Yoğun Bakım ve Çocuk Sağlığı Servisinde çalışmaktadır.

Ahmet Çoban ile evli olup, Neslihan ve Ahmet Turan adında iki çocuğu bulunmaktadır.