

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PEDİATRİ SERVİSLERİNDE UYGULANAN
HEMŞİRELİK YAKLAŞIMININ AİLE MERKEZLİ
BAKIM AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatma Gül ÖZCAN

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Gülzade UYSAL

İSTANBUL, 2017

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PEDİATRİ SERVİSLERİNDE UYGULANAN
HEMŞİRELİK YAKLAŞIMININ AİLE MERKEZLİ
BAKIM AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatma Gül ÖZCAN
152038045

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Gülzade UYSAL

İSTANBUL, 2017

T EZ ONAY SAYFASI

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Y Ü K S E K L İ S A N S T E Z O N A Y I



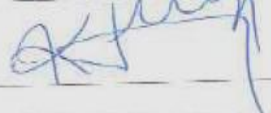
ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Fatmagül ÖZCAN
Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik
Danışman : Yrd. Doç. Dr. Gülzade Uysal

Öğrenci No : 152038045
Tez Savunma Tarihi : 17.01.2017
Tez Savunma Saati : 12:00

Tez Konusu : "Pediatri Seroislerinde Uygulanan Aile Merkezli Bakım Modelinin Ebeoeynler Tarafından Değerlendirilmesi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliğinin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABUL ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Gülzade Uysal	KABUL	
Yrd. Doç. Dr. Nuran Aydın (İstanbul Medipol Ün.)	KABUL	
Yrd. Doç. Dr. K. Derya Beydağ	KABUL	
YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Erhan Alabay		

ÖZET

PEDİATRİ SERVİSLERİNDE UYGULANAN HEMŞİRELİK YAKLAŞIMININ AİLE MERKEZLİ BAKIM AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma pediatri servislerinde uygulanan hemşirelik yaklaşımının aile merkezli bakım açısından değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi pediatri servislerinde son bir yılda yatan 1153 çocuğun ebeveyni oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü, evrendeki birey sayısı bilinen örneklem hesabına göre belirlenmiş olup örneklem 305 anneden oluşmuştur. Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS 22.0 paket programına aktarılmış olup uygun istatistiksel analizler kullanılarak incelenmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin çocuklarının %52,1'i kız, %66,6'sı 0-5 yaş grubundadır. Annelerin %28,2'si 26-30 yaş arasında olup %90,8'i ev hanımıdır. Araştırmaya katılan annelerin % 65,9'u çocuklarının hastanede yatıyor olmasının maddi yük getirmediğini; %86,6'sı kendi öz bakımlarını etkilendiğini belirtmiştir. Annelerin refakatçi olarak kaldıkları sürece %78,4'ünün yemek yedirme, %89,8'inin öz bakım, %99,3'ünün de yatak düzeltme uygulamalarına katıldığı görülmüştür. Anneler katıldıkları uygulamalardan çoğunluğundan memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan annelerin; aile merkezli bakım önemlilik puan ortalaması $34,98 \pm 0,24$, aile merkezli bakım tutarlılık puan ortalaması $30,73 \pm 5,47$ olarak saptanmıştır. Önemlilik ve tutarlılık puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda annelerin aile merkezli bakımı önemlilik puanının, tutarlılık puanından daha yüksek olduğu görülmektedir. Çocuk ve aile için önemi yadsınamaz olan aile merkezli bakımın çocuk kliniklerde geliştirilmesi için, çocuk hemşirelerine yönelik aile merkezli bakıma ilişkin hizmet içi eğitimler planlanarak, modelin standardizasyonu sağlanması önerilebilir.

Anahtar Kelime: Aile Merkezli Bakım, Çocuk, Anne, Hemşire.

ABSTRACT

EVALUATION OF NURSING APPROACH IN PEDIATRIC SERVICES IN TERMS OF FAMILY CENTERED CARE

The study was carried out as a descriptive study in order to evaluate the nursing approach applied in pediatric services in terms of family centered care.

The universe of the research was formed by the parents of 1153 children who stay in the pediatric services of Şişli Hamidiye Etfal Education and Research Hospital of the last one year. The sample size of the study was determined by the sample of which the individuals number of the population is known, and the sample was composed of 305 mothers. The data obtained from the study were transferred to the SPSS 22.0 package program, and examined using appropriate statistical analyzes.

52.1% of the children of the mothers participated in study are girls and 66,6% are in the 0-5 age group. 28.2% of the mothers are between 26-30 years old and 90.8% is housewife. 65.9% of the mothers who participated in the study stated that staying of their children in hospital have not placed the financial burden on them; 86.6% of them stated that their personnel cares were affected from this situation. As long as they stayed in hospital as companions it was seen that 78.4% of mothers were participated in feeding activities, 89.8% of them participated in self-care activities and 99.3% of them participated in activities of bed making up. Mothers stated that they satisfied with most of the practices they participated. The mean score of family centered care of mothers participating in the survey was found as 34.98 ± 0.24 , and the average score of family centered care consistency was 30.73 ± 5.47 . The difference between the means of significance and consistency scores was found statistically significant ($p < 0.05$).

As a result of the study, it is seen that significance score of the mothers' family centered care has a higher than the score of consistency. It is suggested that the standardization of the model should be ensured by planning the in-service trainings concerning family centered care towards the pediatric nurses in order to development of the family centered care whose importance is undeniable for the child and family in pediatric clinics.

Key words: Family Centered Care, Child, Mother, Nurse.

ÖNSÖZ

Bu çalışma, pediatri servislerinde uygulanan Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin (AMBÖ) çocukların ebeveynleri tarafından değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

Lisansüstü Eğitim sürecim ve tez çalışmalarım boyunca desteğini esirgemeyen çok değerli danışmanım Yrd. Doç. Dr. **Gülzade UYSAL'a**,

Okul hayatım ve tez çalışmam aşamasında beni sabırla dinleyen her zaman yanımda olan **Müjde ÇALIKUŞU İNCEKAR'a**,

Tez çalışmalarım sırasında bana hep hoşgörü ile yaklaşan ve hayatımda çok değerli dostlar kazandığım Şişli Hamidiye Etfal Çocuk yoğun bakım servisi meslektaşlarıma,

Eğitime her zaman destek veren babam **Temel ÖZCAN**, annem **Zeliha Özcan** ve biricik kardeşim **Ayşen Nur ÖZCAN'a**,

Tez çalışmam sırasında benden hiç desteğini esirgemeyen, bana sabırla tahammül eden eşim **Mehmet TAMER'e** sonsuz teşekkürler.

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

FATMA GÜL ÖZCAN



İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ	v
BEYAN	vi
İÇİNDEKİLER	vii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	2
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Hastaneye Yatmanın Çocuk Üzerine Etkisi	5
2.2. Hastanede Yatmanın Ebeveyn Üzerine Etkisi	5
2.3. Aile Merkezli Bakımın Gelişimi	6
2.4. Aile Merkezli Bakım	7
2.5. Aile Merkezli Bakımın Temel İlkeleri	7
2.6. Aile Merkezli Bakımın Yararları	8
2.6.1. Çocuk Açısından Yararları	8
2.6.2. Ebeveyn Açısından Yararları	9
2.6.3 Hemşire Açısından Yararları.....	9
2.7 Aile Merkezli Bakım Uygulamasında Karşılaşılan Güçlükler	10
2.7.1 Kuruma İlişkin Güçlükler.....	10
2.7.2. Eğitim Eksikliğine Bağlı Güçlükler.....	10
2.7.3. İnanç ve Tutuma Bağlı Güçlükler	11
2.8. Aile Merkezli Bakım Uygulamasında Hemşirenin Sorumlulukları.....	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	13
3.1. Araştırmanın Tipi	13
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı.....	13
3.3. Araştırmanın Örnekleme.....	13
3.4. Veri Toplama Araçları	14
3.5. Verilerin Toplanması.....	16
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	16
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	17
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	17

4. BULGULAR.....	18
5. TARTIŞMA.....	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	46
KAYNAKÇA.....	50
EKLER	58
EK 1- Bilgi Formu.....	58
EK 2- Aile Merkezli Bakım Ölçeği.....	61
EK 3- Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ebeveyn)	62
EK 4- Ölçek Kullanım İzni	63
EK 5- Okan Üniversitesi Etik Kurul Onayı	64
EK 6- Kurum İzin Yazısı.....	65
ÖZGEÇMİŞ	66

TABLolar LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1. Çocukların Tanıtıcı Özellikleri.....	18
Tablo 2. Annelerin Tanıtıcı Özellikleri	19
Tablo 3. Çocukların Hastalığına İlişkin Tanıtıcı Özellikleri	20
Tablo 4. Annelerin Hastanede Yatmaya Bağlı Yaşadıkları Güçlüklere ilişkin Bulguların Dağılımı	21
Tablo 5. Ebeveynlerin Katıldıkları Uygulamalar ve Memnuniyetlerine İlişkin Bulguların Dağılımı	22
Tablo 6. Aile Merkezli Bakımın Değerlendirmesine İlişkin Bulgular	23
Tablo 7. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının, Çocukların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılması	24
Tablo 8. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının Çocukların Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	25
Tablo 9. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının Çocukların Kardeş Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	26
Tablo 10. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının Kardeş Sayısına Göre Karşılaştırılması.....	27
Tablo 11. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının Yattığı Servise Göre Karşılaştırılması.....	28
Tablo 12. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması	29
Tablo 13. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması	30
Tablo 14. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının Tanıdan Geçen Sürelere Göre Karşılaştırılması.....	31
Tablo 15. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastanede Yatış Süresine Göre Karşılaştırılması	32
Tablo 16. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının Daha Önce Yatış Deneyimine Göre Karşılaştırılması.....	33
Tablo 17. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının, Daha Önce Kaç Kez Hastanede Yatıldığına Göre Karşılaştırılması	34

Tablo 18. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının, Hastanenin Ekonomik Yük Getirme Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	35
Tablo 19. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının, Hastanede Kalışın Öz Bakımı Etkileme Durumuna Göre Karşılaştırılması	36



ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1. Aile Merkezli Bakım Önem ve Tutarlılık Düzeylerine İlişkin Diyagram .. 23



KISALTMALAR LİSTESİ

AMBÖ	: Aile Merkezli Bakım Ölçeği
AMB	: Aile Merkezli Bakım
APA	: American Academy of Pediatrics (Amerikan Pediatri Akademisi)
Min	: Minimum
Maks	: Maksimum
\bar{x}	: Ortalama
Ss	: Standart sapma
vb.	: ve benzeri
%	: Yüzde

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Çocuklar tüm toplumlarda geleceğin mimarı olarak yetiştirilen ve ebeveynleri tarafından tüm olanaklar seferber edilerek gereksinimleri karşılanan değerli bireylerdir. Çocuğun sağlık sorunu yaşaması, hastanede yatarak tedavi olması vb. durumlarda ebeveyn yaşadığı duruma ilişkin bilinmezlikler nedeniyle birçok güçlük yaşamaktadır (1, 2). Hastanede yatma ebeveyn ve çocuk için yabancı bir ortamda olmaları nedeniyle anksiyete yaşamalarına neden olmakla birlikte ebeveynin kontrol kaybı hissetmesi, diğer aile üyelerine karşı sorumluluklarını yerine getirememesi, çocuğunun hastalığı ve tedavisine ilişkin bilinmezlikler yaşamaları ayrıca anksiyete sebebinde artışa neden olan durumlardır (3, 4).

Ebeveyn ve çocuğun yaşadığı stres ve anksiyete iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir. Hemşirelerin iş yoğunluğu nedeniyle ebeveyn ve çocuğun hastalık, tedavi ve bakıma ilişkin sorularını yanıt verememeleri durumunda ebeveynlerin bilgi eksikliği nedeniyle de kaygı düzeyleri artmaktadır (5-9). Geçmiş yıllarda hemşire ve diğer sağlık üyeleri profesyonel sağlık hizmetlerinin daha uygun ve yararlı olduğu gerekçesi ile aileleri bakıma katmamayı tercih etmişlerdir (10). Ancak çocukların ebeveynlerinden ayrı kalmaları çocuğun fiziksel, bilişsel ve psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkiledikleri gözlemlenmesiyle aile merkezli bakım uygulamaları yaygınlaşmaya başlamıştır.

Ebeveynlerin çocuğun bakımına katılımında en önemli gelişme İngiltere Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Platt Raporu (1959) ile başlamıştır. Raporda çocuğun hastaneye yatışı süresince ebeveynleri ile birlikte olması, hastanede refakat edecek ebeveyn için fiziksel koşulların sağlanması, ebeveynlere tüm gün boyunca çocuğunu ziyaret etme imkanı verme vb. düzenlemeler yapılmasının gerekliliği vurgulanmıştır (11, 12).

1996 yılında yayınlanan hastanede yatan çocuk hakları bildirgesinde de çocuğun ebeveyninin yanında kalma, çocuk ve ebeveynin anlayacağı dilde bilgi alma, kararlara katılma, çocuğun gelişimine uygun ortamda kalma ve ebeveyn için konaklama hakkı

gibi maddeler yer almaktadır (13). Çocukların gereksinimlerinin karşılanmasında hasta ve aile merkezli bakım 20. yüzyılın ortalarından itibaren sağlık bakımı için daha önemli hale gelmiştir. Aile merkezli bakım yaklaşımı öncelikle Amerika Birleşik Devletleri olmak üzere, Avustralya, Kanada, İngiltere ve Yeni Zelanda gibi birçok ülkede sağlık modeli olarak benimsenmiştir (14). Aile merkezli bakım uygulamaları çocukların ebeveynlerden ayrı düşünülmemeyeceğinin, ebeveynin bilgilendirilmesi ve bakıma katılımının önemini farkına varılması ile birlikte hızla gelişmeye başlamıştır (13, 15, 16).

Aile merkezli bakım modelinde özellikle primer bakım verici olan hemşirenin aileye karşı olumlu tutumu, ebeveynin bakıma katılmasını desteklemesi ile ebeveynlerin çocuğa bakım veren hemşire ile ilişkilerinin güçlenmesi, anksiyete düzeylerinin azalması, çocuğun bakım sürecinde güven duygusunun gelişmesini sağlamaktadır (4, 17).

Çocuk hemşireliği ebeveynin çocuğun yaşamındaki yerini kabul etme ve saygı duyma esasına dayanmakta olup hemşire aile merkezli bakım uygulamalarının çocuğun tedavi sürecinde olumlu etkileri olduğunu bilmektedir (10). Öte yandan çocuğa uygulanan ağırlı ve invaziv girişimler sırasında aile üyelerini bakıma katma konusunda çekimser davranabilmektedirler (18-20).

Çocuk hemşiresi aile merkezli bakım modeli doğrultusunda uygulamalarını planlama aşamasında bazı ilkeleri temel almalıdır. Öncelikle ailenin çocuğun yaşamındaki sürekliliğini ve önemini kabul etmek ve saygı duymalı, aile ve sağlık personeli arasındaki işbirliğini sağlık bakımının her düzeyinde kolaylaştırmalı, ailelerin güçlü yönlerini ve bireyselliğini desteklemeli, aile ile çocuğa ilişkin bilgileri sürekli ve eksiksiz olarak paylaşmalı, ailelerin ırk, etnik, kültürel vb. farklılıklarını kabul etmeli ve çocuk ve ailenin gelişimsel gereksinimlerini değerlendirerek bakım sürecine katılımı sağlamalıdır (4, 21-23).

Aile merkezli bakım modelinin temel ilkeleri doğrultusunda verilen bakım, çocukların anksiyete düzeyini azaltacak, hospitalizasyona daha iyi uyum ile daha hızlı bir iyileşme dönemi ile erken taburcu olmalarını sağlayacaktır. Ayrıca bu bakım standartlarına uyulabilmesi, ailenin öz yeterliliğini ve bakım verme becerilerini yükseltecek olup mevcut kaygılarını azaltabileceği düşünülmektedir (23, 24).

Aile merkezli bakım modelinin ülkemizde uygulanma durumuna bakıldığında ise ailelerin bakıma katılma, çocukları ile birlikte hastanede kalmaları gibi standart bir uygulamanın olmadığı görülmektedir. Uygulamaların hastane politikalarına göre değişiklik gösterdiği görülmekte olup konu ile ilgili çalışma gereksinimi devam etmektedir.

Bu araştırma pediatri servislerinde uygulanan hemşirelik yaklaşımının aile merkezli bakım açısından değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hastaneye Yatmanın Çocuk Üzerine Etkisi

Hastaneye yatmanın çocuğun gelişimi üzerinde yaş grubu ne olursa olsun birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır. Çocuğun gözünde hastalık ve hastaneye yatma rahatsız edici ve hoş olmayan bir durumdur (1,3). Hastaneye yatan çocuk için hastane bilinmezliklerle dolu bir ortamdır. Çocuk hastanede kaldığı odaya, sağlık ekip üyelerine, tedavi ve bakımda kullanılan malzemelere yabancısıdır. Bu durum çocuğun bakıma ve tedaviye uyumunu, hemşire ve sağlık ekibi ile iletişimini etkilemektedir (1, 25, 26).

Çocuk hastanede yatmaya bağlı yaşadığı travma nedeniyle normalde yapabildiği günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorlanabilir. Çocuğun alıştığı ev ortamından tamamen yabancısı olduğu hastane ortamına girmesi, aile üyeleri, arkadaşlar vb. sevdiği bireylerden ayrı kalması ayrılık anksiyetesini artıran etmenlerdir (27,30).

Çocuk hastanede yatmaya bağlı yaşanan değişimlere bağlı içe kapanma ya da saldırgan davranışlarda bulunma, uyku sorunları, beslenmeyi reddetme gibi tepkiler verebilmektedir. Bu tepkiler geçici olmakla birlikte nadiren ileri yaş dönemlerine de taşınabilmektedir. Hastanede yapılacak işlemler ve tedavi süreci ile ilgili yeterli bilgi alamayan çocuğun tepkileri önceki deneyimlerine bağlı değişebilir. Öte yandan sağlık ekibinden süreç hakkında yeterli ve gerekli bilgiye ulaşan çocuğun hastalığa ve hastaneye yatmaya uyumu daha kolay olabilir (1,31). Tüm bunlara rağmen her çocuğun duygu, düşünceleri ve durumu algılamaları kendine özgü olduğunu da unutulmamalıdır.

2.2. Hastanede Yatmanın Ebeveyn Üzerine Etkisi

Aile, aileyi oluşturan bireyler ve çevre ile sürekli etkileşimde bulunan bir sistem olarak tanımlanmaktadır. Aile sistem kuramına göre aile içindeki ilişkiler birbirine yakından bağlı olup aile üyelerinden birinde ortaya çıkan herhangi bir sorun tüm aileyi etkilemektedir. Aile üyelerinden olan çocuğun fiziksel, bilişsel ve psikosoyal açıdan

sağlıklı birer birey olabilmesi için ebeveynlerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır (31,35). Çocuğun bir hastalık tanısı alması, hastanede yatması gibi durumlar ise ebeveynler için kriz yaratan bir durumdur.

Hastanede yatma çocuk ve ebeveynleri için kriz yaratan stresli bir süreçtir (29, 31). Çocuğun hastaneye yatması ile birlikte anne, baba, kardeş ve yakın çevre olumsuz etkilenmekte ve daha önceki yaşamları değişebilmektedir. Hastaneye yatış sürecinde bu yüzden çocuk ve çevresi bir bütün olarak düşünülmelidir (2, 36, 37).

Hastanede yatan çocuğun ebeveynleri kendilerine ve diğer aile üyelerine de zaman ayırma gereksinimindedirler. Öte yandan çocukla birlikte hastanede kalan ebeveyn diğer rollerinden vazgeçebilmekte ve kendileri ile diğer aile üyelerinin gereksinimlerini ihmal edebilmektedirler (36, 38). Çocuğun hastalık süreci ile birlikte ebeveynler rol kaybı, ilişkilerde değişme ve ekonomik sıkıntılar yaşamakta olup durumla baş etme güçlük çekmektedirler. Çocuğun ve ebeveynin hayatına giren tüm bu uyarılar çocuğun büyüme gelişmesini, tedavi ve bakım sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (31, 39).

Çocuğun gelişimsel açıdan sıkıntı yaşamaması için aile üyelerinin mevcut rol ve sorumluluklarını olabildiğince sürdürebilmesi gerekmektedir. Bu süreçte aile üyeleri arasındaki açık iletişim, sorumlulukların paylaşılması, ebeveynlerin rollerini yeniden gözden geçirmeleri ve beklentilerini tanımlamaları önemlidir. Bununla birlikte primer bakım verici olan hemşire ve diğer sağlık ekip üyelerinin çocuk ve ebeveynlerine olumlu ve destekleyici yaklaşımı durumla baş etmeyi kolaylaştırmaktadır.

2.3. Aile Merkezli Bakımın Gelişimi

Çocuğun bakımına ailenin katılımı konusunda hemşire-aile arasındaki işbirliğinin önemi 1954 yılında Hemşire Florance Blake tarafından ortaya atılmıştır (12). İngiltere Sağlık Bakanlığında yayınlanan Platt raporunda çocuğun hastaneye yatışından itibaren çocuğun aile üyeleri tarafından gün içerisinde ziyaret edilmesinin kısıtlanmamasının ve çocuk servislerinde uygun oyun alanların düzenlemesinin gerekliliği vurgulanmıştır (11). Bu doğrultuda aile merkezli bakım modelinin temelleri atılmaya başlanmıştır.

1970'li yıllarda ebeveynin bakıma katılması, kardeş ziyaretinin desteklenmesi, ameliyat öncesi ve sonrası hazırlıklarda ailenin de bulunması ile aile merkezli bakım uygulamaları başlamıştır. İlerleyen yıllarda aile çocuğunun bakımı ve tedavisi konusunda tam bilgi paylaşımı olacak şekilde bakıma katılmaya başlamıştır (15). Aile merkezli bakım modeli 20. Yüzyılın sonlarında ebeveyn ve hemşire arasında işbirlikçi yaklaşım olarak yerleşik bir model haline gelmiştir (6, 40). Günümüzde genel olarak aile merkezli bakım modeli uygulanıyor olsa da hastane politikaları nedeniyle farklı kurumlarda değişkenlik gösterebilmektedir.

2.4. Aile Merkezli Bakım

Aile merkezli bakım çocuğun sağlığının aileyi, ailenin sağlığının da çocuğu etkilediği felsefesine dayanan bir bakım modelidir. Çocuk hemşireliğinin temel felsefesini oluşturan bu bakım modeli çocuğun yaşamında ailenin varlığının tanınması, çocuğun bakımı ile ilgili kararlara ailenin katılımının sağlanması ile ailenin güçlü yönlerinin desteklenmesi ile karakterizedir. (12, 16, 34).

Aile merkezli bakımda temel amaç çocuk ve aile arasındaki bağı korumak, ebeveynlerin bakıma katılmasını sağlamak, çocuğun hastaneye güven duygusunu kazandırmak, çocuk ve ebeveyn için olumsuzlukları önlemektir (41,43). Aile merkezli yaklaşım aile memnuniyetinin yanı sıra ebeveynin rollerinin de güçlenmesini sağlamaktadır (42).

2.5. Aile Merkezli Bakımın Temel İlkeleri

Amerikan Pediatri Akademisi (*American Academy of Pediatrics*) aile merkezli bakımın sağlık çalışanları tarafından benimsenebilmesi için dokuz maddelik ilkeler geliştirmiştir. Bunlar;

- Çocuk ve ailesine saygı duymak
- Ailelerin etnik, kültürel, sosyoekonomik özelliklerine, baş etme yöntemlerine saygı duymak
- Ailelerin gücünü kabul ederek desteklemek ve cesaretlendirmek
- Bakım ve destek yaklaşımlarıyla, çocuğun ve ailenin seçimini destekleyerek onlara yol göstermek
- Ailenin kültürel değer ve inançları doğrultusunda politikaların uygulanabilirliğini sağlamak

- Çocuklarının durumu ile ilgili aileye sürekli ve eksiksiz bilgi vermek
- Çocuk, aile ya da bakım veren bireye yaşamın her döneminde destek sağlamak
- Çocuğun bireysel bakımı, sağlık çalışanlarının eğitimi, politikaların ve programların geliştirilmesi gibi sağlık hizmetlerinin tüm aşamalarında aileler ile işbirliği yapmak
- Her çocuk ve aileyi kendi gücünü keşfetmesi, özgüvenini geliştirmesi, sağlıkla ilgili seçim ve kararları alması için güçlendirmek olarak sıralanabilir (15).

2.6. Aile Merkezli Bakımın Yararları

Aile merkezli bakım ebeveyn ve çocuk memnuniyeti arttıran bir uygulamadır. Aile merkezli bakım modeli ebeveyn yoksunluğu ve ayrılık anksiyetesinin çocuğun iyileşmesini geciktireceği, sonraki yaşamında kişilik ve ruh sağlığını etkileyebileceği düşüncesiyle ortaya çıkmıştır (15). Hastaneye yatışların olumsuzluklarını azaltmada/ en aza indirmede etkisi büyüktür. Aile merkezli bakımın özellikle hastanede yatan çocuk için yararları olmakla birlikte ebeveynler ve çocuğa bakım veren hemşireler açısından da birçok yararı vardır.

2.6.1. Çocuk Açısından Yararları

Ebeveynlerin çocuğun bakımına katılımının sağlanmasının çocuğun fiziksel, bilişsel ve psikososyal açıdan birçok yararı bulunmaktadır. Bunlar;

- Ebeveyn çocuk ilişkisinin sürdürülmesi,
- Sağlık ekibine karşı güven duygusunun artması,
- Hastanede yatmaya uyumun hızlanması,
- Ağrı kontrolünün sağlanması,
- Anksiyetenin azalması
- Büyüme ve gelişmenin sürdürülmesi,
- Memnuniyet duygusunun artması,
- İyileşme süresinin kısalması ve erken taburculuğun sağlanması olarak sıralanabilir (44,47).

2.6.2. Ebeveyn Açısından Yararları

Ebeveynlerin çocuklarının bakımını planlayan ekibin üyesi olduklarını hissettiklerinde, çocuğun bakımına ilişkin kararlarda ve bakımı destekleme sürecinde daha istekli oldukları görülmektedir (2, 43, 44). Aile merkezli bakımın ebeveynler açısından birçok yararı vardır. Bunlar;

- Karşılıklı güvenle birlikte ebeveynin kaygı düzeyinin azalması,
- Ebeveyn-çocuk bağlılığının sürdürülmesi ile aile üyelerinin aile üyelerinin güven duygusunun artması,
- Ebeveynin hemşire ve sağlık ekibi ile iletişiminin güçlenmesi,
- Hastane kurum politikalarının gelişimine katkıda bulunması vb. yararlar olarak sıralanabilir (2, 42, 48).

2.6.3 Hemşire Açısından Yararları

Aile merkezli bakım modeli çocuk hemşireliğinde önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu modelin kullanımının çocuk ve aile için birçok yararı olmakla birlikte hemşire açısından yararları da yadsınamaz. Bunlar;

- Çocuk ve ebeveyni ile iletişimin güçlü ve güvenilir olması ile birlikte tıbbi hata riskinin azalması,
- Hemşirenin profesyonel bir bakış açısı ile bakımı planlayabilmesi,
- Hemşirenin mesleki performansının ve yaptığı işten doyumunun artması,
- Klinik personel değişiminde azalma,
- Zamanın doğru ve etkili kullanımının sağlanması,
- Eğitimi süren hemşirelerin doğru rol modeli gözlemliyor olması ile gelecekte aile merkezli bakımı önemseyen hemşireler yetişmesi olarak sıralanabilir (7, 15, 48, 49).

2.7 Aile Merkezli Bakım Uygulamasında Karşılaşılan Güçlükler

Aile merkezli bakım modeli çocuk, aile ve hemşire için birçok yararları olmakla birlikte, modeli uygulamada güçlüklerle karşılaşmaktadır (50, 51).

2.7.1 Kuruma İlişkin Güçlükler

Hemşire ve diğer sağlık ekibi üyeleri aile merkezli bakımın gerekliliği ve önemini bilmekle birlikte birçok kurumsal güçlükler nedeniyle destekleri bu modeli sürdürüremeyebilmektedirler. Bu güçlükler;

- Kurumlarda aile merkezli bakım için gerekli koşulları sağlayacak maddi desteğin yetersiz olması,
- Aile merkezli bakımın uygulamasında rehber yetersizliği,
- Aile merkezli bakımı uygulayabilecek için güçlü liderlere ve multidisipliner yaklaşımda personele ihtiyaç olması,
- Kültür, dil vb. bilgide yetersizlik nedeniyle güçlü yaşanması,
- Yoğun iş temposu nedeniyle zaman ayıramama olarak sıralanabilir (17, 51).

2.7.2. Eğitim Eksikliğine Bağlı Güçlükler

Aile merkezli bakım modelinin en önemlilerinden biri de eğitime ilişkin güçlüklerin varlığıdır. Bunlar;

- Hastane yönetiminin aile merkezli bakım modeline ilişkin yeterli bilgisinin olmaması,
- Hastane yönetimi, sağlık personeli ve hatta ebeveynin de içinde olduğu bir ekip oluşması için deneyim, bilgi ve algı eksikliğinin olması,
- Aile merkezli bakım için verilecek eğitimlerde kaynak yetersizliği olarak sıralanabilir (52).

2.7.3. İnanç ve Tutuma Bağlı Güçlükler

Hemşire, sağlık ekip üyelerinin yanlış inanç ve tutumlarının olması aile merkezli bakım modelinin uygulanabilmesinde diğer bir önemli engel olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunlar;

- Aile merkezli bakım uygulamasının gereksiz olduğu sağlık ekibinin tek başına daha iyi bakım verebileceği inancının varlığı,
- Ebeveynin sağlık ekibinin gizliliğini tehlikeye sokabileceği düşüncesi
- Sağlık personelinin daha önce yaşamış olduğu kötü deneyimlerin (ebeveynler tarafından şiddete uğrama vb.) olması,
- Ebeveynin sosyo-ekonomik seviyesinin az olmasına bağlı olarak sağlık ekibi tarafından anlaşılabilir olduğu düşüncesi,
- Aile merkezli bakım uygulamasının yararlı olduğuna dair kanıtların yetersiz olduğu varlığının düşüncesi,
- Ebeveynin bakıma katılmasının çocuk ve hemşirenin stresini artırabileceği düşüncesi,
- Aile merkezli bakımın zaman kaybı ve masraflı olduğu düşüncesi, olarak sıralanabilir (20, 50, 51).

2.8. Aile Merkezli Bakım Uygulamasında Hemşirenin Sorumlulukları

Hastaneye yatma çocukla birlikte aile üyelerini de etkileyen bir durumdur. Çocuğun hastanede yatması ile birlikte diğer aile üyelerinin de desteklenmesi önemlidir. Çocuğun bakımında ailenin katılımını sağlamak için aile bütünlüğünün korunması ve ebeveynlerinin rol ve görevlerinin yerine getirilebilmeleri için desteklenmesi hemşirenin önemli sorumluluklarındandır (3, 53).

Çocuk servislerinde aile merkezli bakım uygulamaları için birçok model kullanılmaktadır. En sık kullanılan modellerden biri de LEARN modelidir. LEARN modeli ailenin gereksinimlerine ve hemşirenin farklı problemlerde kendi bakış açılarındaki benzer ve farklı bilgileri onaylamak için birbirlerini dikkatle dinlemelerine odaklanmaktadır (54).

- **L (Listening):** Sempati ile dinleyin ve ailenin problemi nasıl algıladığını anlama
- **E (Explaining):** Sağlık profesyonellerinin problemi nasıl algıladığını açıklaması
- **A (Acknowledging):** Ebeveynlerle farklılıkları ve benzerlikleri tartışma. Uyum/çatışma alanlarının belirlenmesi
- **R (Recommending):** Aileye tedavi planı/bakım planının önerilmesi
- **N (Negotiating):** Önerilen tedavi planı/ bakım planına ilişkin hastanın kültürel normlarını ve yaşam biçimini düşünerek birlikte uzlaşmaya varma

Aile merkezli bakım modelinin istenilen düzeyde olabilmesi için öncelikle hemşire bu modeli benimsemelidir. Çocuğa bakım veren hemşire çocuk ve ebeveyn için ihtiyaçları belirleyip ona göre bakımı planlamakla sorumludur (3, 31, 55).

Ebeveynler aile merkezli bakım uygulamalarında sağlık sisteminin bir üyesidir. Hemşire aile merkezli bakım doğrultusunda; ebeveynleri çocuğun bakımına ilişkin soru sorabilmeleri ve bakımına katılmaları için desteklemeli, çocuğa uygulanan tanı ve tedavi yöntemlerini açıklamada yardımcı olmalı, aileyi bilgilendirirken çocuğun bakımına yönelik bilgilendirme yaparken anne babaya karşı dürüst ve anlaşılır olmalıdır (15). Hemşire aile merkezli bakım doğrultusunda bakımı planlanlarken aileyi bakım planına dahil etmelidir (3, 5, 8, 19, 55).

Hemşire bilgi, deneyim ve becerilerini kullanarak ailenin güçlü ve zayıf yönlerinin belirlemeli ve kullandığı/ kullanabileceği baş etme yöntemlerini değerlendirerek ailenin desteklemelidir. Tüm bunların yanı sıra hemşirenin aile merkezli bakım kapsamında destek, işbirliği, esneklik, saygı, yetki gibi ilkeleri göz önünde bulundurması gerekmektedir. (8, 51, 53, 55).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma pediatri servislerinde uygulanan hemşirelik yaklaşımının aile merkezli bakım açısından değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma Ağustos 2016 - Aralık 2016 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin çocuk servislerinde (*süt çocuğu, çocuk enfeksiyon, çocuk genel ve onkoloji*) gerçekleştirilmiştir.

Servislerin fiziki koşullarına bakıldığında, süt çocuğu servisinde 4 tane tekli oda, 10 tane ikili oda; çocuk enfeksiyon servisinde 6 tekli oda, 7 ikili oda, 8 üçlü oda; çocuk genel servisinde 2 tane tekli oda, 3 tane ikili oda; çocuk onkoloji servisinde ise 4 tekli, 10 ikili oda bulunmakta olup toplam 90 yatak bulunmaktadır.

Servislerin genel özelliklerine bakılacak olursa servislere çocukların yanında refakat etmeleri üzere yalnızca anneler kabul edilmektedir. Gün içerisinde 13⁰⁰-14⁰⁰ saatleri arasında babaların görmelerine izin verilmektedir. Ziyaret saati bittikten hemen sonra aileler doktorlardan bilgi almaktadır. Servislerde kalan refakatçilere gün içinde üç öğün yemek veriliyor olup yalnızca çocuk onkoloji servisi içinde mutfak bulunmaktadır. Banyo ihtiyaçlarını giderecek banyo bulunmamaktadır. Refakatçiler yerlerine birilerini bırakarak belli aralıklarla evlerine banyo yapmaya gitmektedirler. Anneler çoğunlukla çocuklarının yanında sandalyede, çocukla birlikte yatakta uyumaktadırlar. Bazı odalarda da refakatçi yatağı bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın, evrenini Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve

Araştırma Hastanesi'nde pediatri servislerinde son bir yılda yatan 1153 çocuğun ebeveyni oluşturmuştur.

Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde evrendeki birey sayısı bilindiğinde kullanılan formülden yararlanılmıştır. Bu formüle göre çalışma grubu için örneklem büyüklüğü 288 ebeveyn olarak belirlenmiştir.

$$n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q$$

Araştırma grubu için:

$$= 1153 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5) / (0,05)^2 \cdot (1153-1) + (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5) = 288$$

Araştırma pediatri servislerinde çocuklara refakat eden ebeveynlerden araştırmaya katılmayı kabul eden ve kriterleri sağlayan 305 anne ile tamamlanmıştır.

Örneklem seçim kriterleri:

- Annenin çocuğun yanında en az 3 gündür kalıyor olması
- Çocuğun 0-18 yaş aralığında olması
- Çocuğun terminal dönemde olmaması
- Annenin iletişim problemi olmaması
- Annenin araştırmaya katılmaya istekli olması

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri toplamak amacı ile literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu (Ek 1) ve Aile Merkezli Bakım Ölçeği (AMBÖ) (Ek 2) kullanılmıştır. Ölçeğin kullanılması için gerekli izinler alınmıştır.

Soru formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanan ebeveyn ve çocuğun sosyo demografik özelliklerini ve çocuğun hastalığına ilişkin bilgileri (çocuğun yaşı, cinsiyeti, kardeş olma durumu, kardeş sayısı, anne yaşı, anne öğrenim durumu, çalışma durumu, çocuğun tanısından beri geçen süre, hastanede kalma süresi vb.) içeren 14 sorudan oluşmaktadır.

Aile Merkezli Bakım Ölçeği (AMBÖ): Ölçek ebeveynlerin hastanede kaldıkları süre içerisinde verilen hemşirelik bakımının değerlendirilmesi ile ilgili soruları önemlilik ve tutarlılık açısından değerlendirmektedir (56). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Altıparmak ve Taş Arslan tarafından yapılmıştır (57). Ölçeğin kullanımı için kriterler 0-18 yaş çocukların ebeveyni olmak ve en az üç gün hastaneden çocuğunun yanında refakat ediyor olmaktır.

Aile Merkezli Bakım Ölçeği (AMBÖ) önemlilik ve tutarlılık olmak üzere iki bölümden ve yedi maddeden oluşmuştur. İki bölümde de aynı sorulara cevap verilmektedir. Ölçek 5'li likert tipi olup hem önemlilik, hem tutarlılık bölümleri için en düşük 7 puan, en yüksek 35 puan alınabilmektedir.

Ölçeğin değerlendirilmesinde önemlilik puanının yüksek olması ebeveynlerin aile merkezli bakıma katılmayı önemsediklerini göstermektedir. Tutarlılık puanının yüksek oluşu ebeveynlerin bekledikleri bakımın çocuk hemşireleri tarafından karşılandığını ve çocuklara verilen bakımlarda, aile merkezli bakım modelini kullandıklarını göstermektedir.

Ölçeğin değerlendirilmesinde önem ve tutarlılık puanları tek bir puanda da birleştirilebilmektedir. Belirlenen tek puan eşleşmenin yüzdelik derecesini göstermektedir. Eşleşme yüzdesi, hemşirelerinin ebeveynlere ne kadar ilgili olduğunu ve çocuğun bakımıyla ne kadar ilgilendiklerinin derecesini ifade etmektedir.

Eşleşme yüzdesini belirlenirken; her bir maddenin önem ve tutarlılık puanına bakılarak ve bir maddenin önem puanı ile tutarlılık puanı aynıysa; (Örneğin, önemlilik ve tutarlılık puanına 1 verilmesi) ya da tutarlılık puanı önem puanından 1 puan fazla ise (Örneğin, önemlilik puanına 1 tutarlılık puanına 2 verilmesi), ebeveynlerin pediatri hemşirelerinden beklediği bakım uygulamaları ve çocuğa verdikleri bakımın arasında olumlu bir eşleşme meydana olduğunu göstermektedir. Tutarlılık puanı önemlilik puanından 2 ya da daha fazla olduğu durumda (Örneğin, öneme 1 puan tutarlılık 3 puan olduğunda) ya da tutarlılık puanı önem puanından düşük olduğu (Örneğin, önem puanına 3 tutarlılık puanına 2 verilmesi) durumda bir eşleşme meydana gelmemektedir. Eşleşme yüzde puan hesaplanırken; eşleşen madde sayısı ölçek maddelerinin sayısına bölünür (Örneğin $3/7=0.42$). Bir eşleşme yüzde puanı belirlemek için 100 ile çarpılarak

toplam eşleşme puanı elde edilir.(Örneğin $0.42 * 100 = \%42$). Eşleşme yüzdesinin yüksek puanda olması hemşirelerin ebeveynlerle ilgilendiğini ve çocuğa iyi bakım verildiğini ifade eder. Eşleşme yüzdesinin düşük puanda olması; hemşirelerin ebeveynlere yeterli ilgi göstermediklerini ve çocuğun bakımına yeterli zaman ayırmadıklarını ifade etmektedir.

3.5. Verilerin Toplanması

Veri toplama işlemi, araştırmacı tarafından hastanede yatışlarının üzerinden 3 günü geçmiş ebeveynler ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmış olup, uygulama süresi yaklaşık 20-25 dakika olarak bulunmuştur. Annelerin sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Soru formunun işlerliğini değerlendirmek amacıyla Şişli Etfal Hamidiye Eğitim ve Araştırma Hastanesi pediatri servisinde yatan sekiz çocuğun ebeveyni ile ön uygulama yapılmış olup uygulama sonucu soru formuna son hali verilmiştir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Veri analizi öncesinde parametrik test yöntemlerine uygunluğu sınaama amacıyla normallik sınaaması yapılmıştır. Normal dağılımı koşulunun sınaanması amacıyla Kolmogorov Smirnov Z testi uygulanmıştır. Aile Merkezli Bakım Ölçeği alt boyutlarının test sonucunda normal dağılım göstermediği saptanmıştır ($p < 0,05$). Araştırmada Aile Merkezli Bakım Ölçeği alt boyutları ile ilgili parametrik olmayan analiz yöntemleri kullanılmıştır.

İki bağımlı değişken arasındaki farkı belirlemek üzere Wilcoxon testi uygulanmıştır. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Man Whitney-U testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Kruskall Wallis testi kullanılmıştır. Kruskall Wallis testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı olarak Man Whitney-U testi kullanılmıştır. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında Spearman Korelasyon analizi uygulanmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Aile merkezli bakım ölçeğinin güvenilirlik analizi Cronbach Alpha katsayısı ile incelenmiştir;

Ölçek	Cronbach Alpha
AMBÖ- Önemlilik	0,823
AMBÖ-Tutarlılık	0,983

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma yalnızca bir hastanenin çocuk servislerinde kalan çocukların anneleri ile yapılmış olup sonuçlar evrene genellenemez. Araştırmanın diğer bir sınırlılığı ise yapıldığı hastanede refakatçi olarak annelerin kalıyor olması nedeniyle araştırmanın yalnızca annelerle sürdürülmüş olmasıdır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Veri toplama öncesinde Okan Üniversitesi Etik Kurulundan (Ek 5) ve Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden gerekli izinler alınmıştır (Ek 6). Veri toplama aşamasında çalışmaya katılan çocukların annelerine araştırma konusunda bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamları (Ek3) alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan çocukların ve annelerin tanıtıcı özellikleri, çocukların hastalıklarına ilişkin bilgiler, annelerin hastanede kalmaya bağlı yaşadıkları güçlükler, hastanede katıldıkları uygulamalar ve bu uygulamalara katılmaya ilişkin memnuniyetlerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Annelerin aile merkezli bakım uygulamalarının önemi (önemlilik puanı), hastanede yatışları süresince aile merkezli bakım uygulamasını alma durumları (tutarlılık puanı) ve önemlilik-tutarlılık puanlarının eşleşme yüzdeleri Aile Merkezli Bakım Ölçeği (AMBÖ) ile değerlendirilmiş ve ölçek puanları ile diğer bağımsız değişkenler arasındaki ilişki incelenmiştir.

Tablo 1. Çocukların Tanıtıcı Özellikleri (n=305)

Tanıtıcı özellikler	Sayı (n)	%
Cinsiyet		
Kız	159	52,1
Erkek	146	47,9
Yaş		
0-5 yaş	203	66,6
6-10 yaş	51	16,7
11-15 yaş	38	12,5
16 yaş ve üzeri	13	4,2
Kardeş Olma Durumu		
Var	224	73,4
Yok	81	26,6
Kardeş Sayısı (n=224)		
1 kardeş	98	43,8
2 kardeş	63	28,1
3 kardeş	32	14,3
4 kardeş	18	8,0
5 kardeş ve üzeri	13	5,8
Bulunduğu servis		
Enfeksiyon Servisi	97	31,8
Süt Çocuğu Servisi	102	33,4
Çocuk Genel Servisi	68	22,3
Çocuk Onkoloji Servisi	38	12,5

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarına ilişkin tanıtıcı özellikleri Tablo 1’de yer almaktadır. Hastanede yatan çocukların %52,1’i kız, %47,9’u ise erkektir. Çocukların yaş grupları incelendiğinde; %66,6’sı 0-5 yaş aralığında; %16,7 6-10 yaş aralığında, %12,5 11-15 yaş aralığında ve %4,3’ü ise 15 yaş ve üzeri yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Çocukların %73,4’ünün kardeşi olduğu, %26,6’sının ise tek çocuk olduğu görülmektedir. Çocuklardan kardeşi olanların (n=224) %43,8’inin bir kardeşi, %28,1’inin iki, %14,3’ünün üç, %8’inin dört kardeşi ve %5,8’inin ise beş ve daha fazla kardeşi olduğu görülmektedir. (Tablo 1).

Çocuklar hastanede yattıkları servise göre incelendiğinde; %31,8’i enfeksiyon servisinde, %33,4’ü süt çocuğu servisinde, %22,3’ü çocuk genel servisinde ve %12,5’i de çocuk onkoloji servisinde izlendikleri belirlenmiştir. (Tablo 1).

Tablo 2. Annelerin Tanıtıcı Özellikleri (n=305)

Annenin Yaşı	n	%
18-25 yaş	81	26,6
26-30 yaş	86	28,2
31-35 yaş	60	19,7
36-40 yaş	58	19,0
41 yaş ve üzeri	20	6,6
Annenin Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	41	13,4
Okur-yazar	19	6,2
İlköğretim	122	40,0
Lise	105	34,4
Üniversite	18	5,9
Annenin çalışma durumu		
Çalışan	28	9,2
Çalışmayan	277	90,8

Tablo 2’de annelerin tanıtıcı özellikleri verilmiştir. Çalışmaya katılan annelerin yaş grupları incelendiğinde %26,6’sının 18-25 yaş arasında, %28,2’sinin 26-30 yaş

arasında, %19,7'sinin 31-35 yaş arasında, %19'unun 36-40 yaş arasında ve yalnızca %6,6'sının 41 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Annelerin eğitim durumlarına bakıldığında; %13,4'ünün (n=41) okuryazar olmadığı, %6,2 okuryazar olup bir okul bitirmediği, %40'ının ilköğretim mezunu olduğu, %34,4'ünün lise mezunu olduğu ve %5,9'unun da üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Annelerin çoğunluğunun (%90,8) ev hanımı, %9,2'sinin ise çalışıyor olduğu belirlenmişti (Tablo 2).

Tablo 3. Çocukların Hastalığına İlişkin Tanıtıcı Özellikleri (n=305)

Tanıdan Beri Geçen süre		
0-10 gün	197	64,6
11gün-1ay	36	11,8
1 ay-12 ay	2	3,8
1yıl ve üzeri	30	9,8
Hastanede Yatış Süresi		
1-5 gün	140	45,9
6-10 gün	109	35,7
11-15 gün	24	7,9
16 gün ve üzeri	32	10,5
Daha önce hastaneye yatma deneyimi		
Evet	131	43,0
Hayır	174	57,0
Hastaneye yatış sayısı (n=131)		
1-3 kez	100	76,3
4-6 kez	16	12,2
7 kez ve üzeri	15	11,5
Ortalama yatış süreleri (n=131)		
1-5 gün	23	17,6
6-10 gün	21	16,0
11-30 gün	25	19,1
30 gün üzeri	62	47,3

Çocukların hastalıklarına ilişkin tanıtıcı özellikleri Tablo 3'te yer almaktadır. Çocukların tanı konulma yaşı incelendiğinde; %69,5'inin 0-5 yaş aralığında, %18,4'ünün 6-10 yaş aralığında, %12,1'inin 11 yaş ve üzerinde tanı aldığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan annelerin çocuklarına tanı konulduktan sonra geçen süreye bakıldığında; %64,6'sının 0-10 gündür, %11,8'inin 11gün-1 aydır, %13,8'inin %3,8'inin 1-12 aydır, ve %9,8'inin ise bir yıl ve üzeri zamandır mevcut hastalık tanısı ile izlendiği saptanmıştır.

Çocukların hastanede yatış süreleri incelendiğinde; çocukların yarısına yakınının (%45,9) 1-5 gündür hastanede yattığı, %35,7'sinin 6-10 gündür, %7,9'unun 11-15 gündür, %10,5'inin ise 16 gün ve daha fazla süredir hastanede yattığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Annelere çocukların daha önce hastanede yatma deneyimi sorulduğunda; çocukların %43'ünün daha önce hastanede yatmış olduğu, %57'sinin ise hastanede yatış deneyimi olmadığı belirlenmiştir. Hastanede yatma deneyimi olan çocukların (n=131) %76,3'ünün 1-3 kez, %12,2'sinin 4-6 kez ve %11,5'inin ise 7 kez ve daha fazla hastanede yatma deneyimi oluşu bulunmuştur. Hastanede yatma deneyimi olan çocukların ortalama hastanede yatma süreleri incelendiğinde ise; çocukların 23'ünün (%17,6) 1-5 gün, 21'inin (%16,0) 6-10 gün, 25'inin (%19,1) 11-30 gün, 62'sinin (%47,3) 1 aydan fazla süre hastanede yatmış olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 4. Annelerin Hastanede Yatmaya Bağlı Yaşadıkları Güçlüklerle İlişkin Bulguların Dağılımı (n=305)

Hastanede yatmanın ekonomik yük getirme durumu	N	%
Getirmiyor	201	65,9
Kısmen Getiriyor	60	19,7
Getiriyor	44	14,4
Hastanede yatmanın öz bakımını etkileme durumu		
Etkilemiyor	25	8,2
Kısmen Etkiliyor	16	5,2
Etkiliyor	264	86,6

Tablo 4'te ebeveynlerin hastanede yatmaya bağlı yaşadıkları güçlüklerin dağılımı verilmiştir. Annelerin hastanede yatma nedeniyle ekonomik sıkıntı yaşama durumları incelendiğinde; hastanede yatmanın %65,9'unun ekonomik yük getirmediğini, %19,7'sinin kısmen ekonomik olarak etkilendiklerini, %14,4'ünün ise ekonomik yük getirdiğini ifade etmişlerdir.

Hastanede yatmanın annelerin öz bakımlarını etkileme durumlarına bakıldığında; annelerin %8,2'sinin (n=25) öz bakımlarının etkilendiği, %5,2'sinin öz bakımının kısmen etkilendiğini ve çoğunluğunun ise (%86,6) öz bakımlarının etkilendiğini ifade etmişlerdir (Tablo 4).

Tablo 5. Ebeveynlerin Katıldıkları Uygulamalar ve Memnuniyetlerine İlişkin Bulguların Dağılımı (n=305)

Uygulamalar*	Katıldıkları Uygulamalar		Memnun oldukları uygulamalar	
	n	%	n	%
İlaç Uygulama	53	17,4	48	90,6
Oksijen verme	26	8,5	19	73,1
Buhar uygulama	51	16,7	37	72,5
Damar yolu açılırken tutma	18	5,9	14	77,8
Soğuk Uygulama	29	9,5	24	82,8
Yemek Yedirme	239	78,4	237	99,2
Çocuğun özbakım gereksinimini karşılama	274	89,8	272	99,3
Yatak düzeltme	303	99,3	269	88,8

* *Birden çok seçenek işaretlenmiştir.*

Ebeveynlerin katıldıkları uygulamalar ve bu uygulamalara katılmaktan memnuniyetlerine ilişkin bulguların dağılımı Tablo 5'te verilmiştir. Çalışmaya katılan annelerin 53'ü (%17,4) ilaç uygulamalarına katıldığını, 26'sı (%8,5) çocuğuna oksijen verdiğini, 51'i (%16,7) buhar verdiğini, 18'i (%5,9) damar yolu açılırken çocuğunu tuttuğunu, 29'u (%9,5) soğuk uygulama yaptığını, 239'u (%78,4) yemek yedirdiğini, 274'ü (%89,8) çocuğun özbakım ihtiyacını karşıladığını, 303'ü ise (%99,3) çocuklarının yataklarını düzelttiğini belirtmişlerdir.

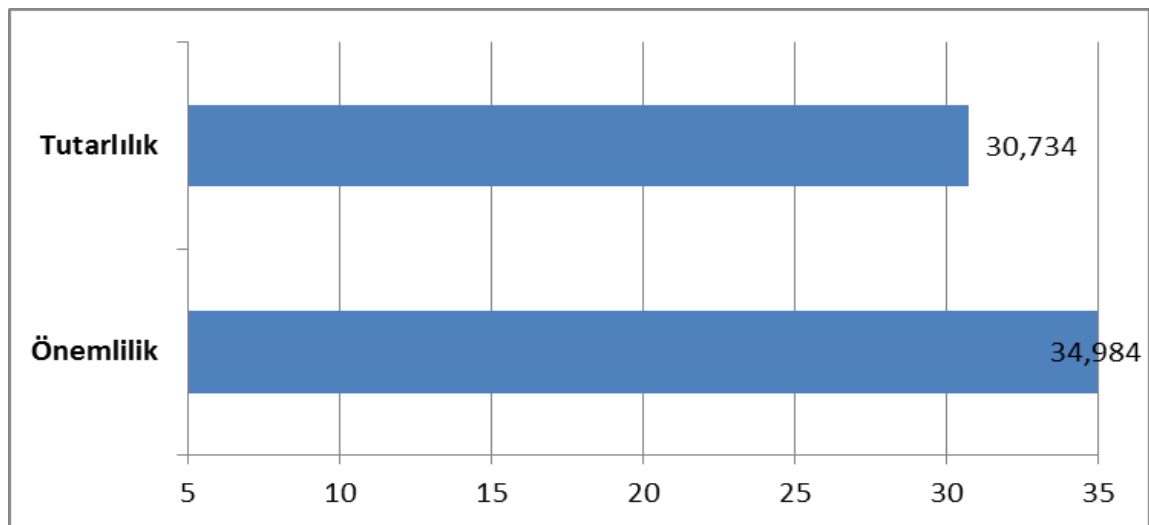
Çocuklarının bakım uygulamalarına katılan annelerin bu uygulamalara katılmaktan memnuniyet durumlarına bakıldığında ise; annelerin 48'i (%90,6) ilaç uygulamasından, 19'u (%73,1) oksijen vermekten, 37'si (%72,5) buhar uygulamasından, 14'ü (%77,8) damar yolu açarken tutmaktan, 24'ü (%82,8) soğuk uygulama yapmaktan, 237'si (%99,2) yemek yedirmekten, 272'si (%99,3) çocuğunun özbakım eksikliklerini gidermekten, 269'u (%88,8) çocuğunun yatağını düzeltmekten memnun olduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 6. Aile Merkezli Bakımın Değerlendirmesine İlişkin Bulgular (n=305)

	n	\bar{x}	Ss.	Min	Max.	Ranj	Z	p
Önemlilik	305	34,984	0,236	31,000	35,000	5-35	-	0,00
Tutarlılık	305	30,734	5,467	10,000	35,000	5-35	10,439	
Eşleşme Yüzdesi	305	%57,190						

Z= Wilcoxon Testi

Araştırmaya katılan ebeveynlerin önemlilik puan ortalaması ($34,984 \pm 0,236$); tutarlılık puan ortalaması ($30,734 \pm 5,467$) olarak saptanmıştır. Önemlilik puan ortalaması ile tutarlılık puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).



Şekil 1. Aile Merkezli Bakım Önem ve Tutarlılık Düzeylerine İlişkin Diyagram

Çalışmaya katılan annelerin aile merkezli bakımın önemli olduğunu (önemlilik) düşünmeleri ile aile merkezli bakım çerçevesinde bakım almalarına (tutarlılık) ilişkin diyagram Şekil 1.de verilmiştir. Annelerin Aile Merkezli Bakım Ölçeğine göre önemlilik puanları tutarlılık puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 7. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının, Çocukların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılması (n=305)

		n	\bar{x}	Ss	MW	p
Önemlilik	Cinsiyet					
	Kız	159	35,000	0,000	11	0,139
	Erkek	146	34,966	0,341	448,000	
Tutarlılık	Cinsiyet					
	Kız	159	30,849	5,330	11	0,820
	Erkek	146	30,610	5,628	447,000	

MW= Mann Whitney-U

Çocukların cinsiyetine göre Aile Merkezli Bakım Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 7’de verilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin önemlilik puan ortalamaları ile çocuklarının cinsiyetleri karşılaştırıldığında; kız çocuğu olanların önemlilik puan ortalamaları $35,000\pm 0,000$, erkek çocuğu olanların önemlilik puan ortalamaları ise $34,966\pm 0,341$ olarak bulunmuştur. Annelerin önemlilik puanları ortalamaları ile çocukların cinsiyet grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır. ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile çocuklarının cinsiyetleri karşılaştırıldığında ise; kız çocuğu olanların tutarlılık puan ortalamaları $30,849\pm 5,330$, erkek çocuğu olanların tutarlılık puan ortalamaları ise $30,610\pm 5,628$ olarak saptanmıştır. Annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile çocukların cinsiyet grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir. ($p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 8. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının Çocukların Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması (n=305)

	N	\bar{x}	Ss	KW	p	Fark	
Yaş							
Önemlilik	0-5 yaş¹	203	34,975	0,289	1,008	0,799	
	6-10 yaş²	51	35,000	0,000			
	11-15 yaş³	38	35,000	0,000			
	16 yaş ve üzeri⁴	13	35,000	0,000			
Yaş							
Tutarlılık	0-5 yaş¹	203	30,552	5,512	11,467	0,009*	
	6-10 yaş²	51	29,471	5,815			3 > 1
	11-15 yaş³	38	32,711	4,374			3 > 2
	16 yaş ve üzeri⁴	13	32,769	4,640			4 > 2

*KW= Kruskal Wallis H-Testi, *p<0,05*

Çocukların yaş gruplarına göre Aile Merkezli Bakım Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 8’de verilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin önemlilik puan ortalamaları ile çocuklarının cinsiyetleri karşılaştırıldığında; 0-5 yaş grubu olanların önemlilik puan ortalaması $34,975 \pm 0,289$, olarak bulunmuştur. Bununla beraber 6-10 yaş, 11-15 yaş ile 16 ve üzeri yaş grubunda olanların önemlilik puan ortalamaları ise $35,000 \pm 0,000$ olarak saptanmıştır. Annelerin önemlilik puanları ortalamaları ile çocukların yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile çocuklarının cinsiyetleri karşılaştırıldığında; çocuğu 0-5 yaş grubu olanların tutarlılık puan ortalaması $30,552 \pm 5,512$, çocuğu 6-10 yaş grubu olanların puan ortalaması $29,471 \pm 5,815$, çocuğu 11-15 yaş grubu olanların puan ortalaması $32,711 \pm 4,374$, çocuğu 16 ve üzeri yaş grubunda olanların tutarlılık puan ortalaması ise $32,769 \pm 4,640$ olarak bulunmuştur. Annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile çocukların yaş grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($KW=11,467$; $p=0,009$) (Tablo 8).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı incelendiğinde; çocuğu 11-15 yaş grubunda olanların tutarlılık puan ortalamaları (32,711±4,374), çocuğu 0-5 yaş grubunda olanların tutarlılıkları (30,552±5,512) ve çocuğu 6-10 yaş grubunda olanların tutarlılıklarından (29,471±5,815) yüksek bulunmuştur. Çocuğu 16 yaş ve üzeri olanların tutarlılık puan ortalamaları (32,769±4,640) ise çocuğu 6-10 yaş grubunda olanların tutarlılığından (29,471±5,815) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 9. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının Çocukların Kardeş Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=305)

		n	\bar{x}	Ss	MW	p
Önemlilik	Kardeş olma durumu					
	Var	224	34,982	0,267	9 001,000	0,455
	Yok	81	34,988	0,111		
Tutarlılık	Kardeş olma durumu					
	Var	224	31,205	5,154	7 598,500	0,018*
	Yok	81	29,432	6,097		

MW= Mann Whitney-U, *p<0,05

Çocukların kardeşi olma durumlarına göre Aile Merkezli Bakım Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 9’da verilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin önemlilik puan ortalamaları ile çocuklarının kardeşinin olma durumu karşılaştırıldığında; kardeşi olanların önemlilik puan ortalaması 34,982±0,267, kardeşi olmayanların önemlilik puan ortalaması ise 34,988±0,111, olarak saptanmıştır. Annelerin önemlilik puanları ortalamaları ile çocukların kardeşinin olması durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır(p>0,05).

Araştırmaya katılan annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile çocuklarının kardeşinin olma durumu karşılaştırıldığında; kardeşi olanların tutarlılık puan ortalaması 31,205±5,154, kardeşi olmayanların önemlilik puan ortalaması ise 29,432±6,097, olarak bulunmuştur. Annelerin önemlilik puanları ortalamaları ile çocukların kardeşinin olması durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=7 598,500; p=0,018<0,05) (Tablo 9).

Tablo 10. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının Kardeş Sayısına Göre Karşılaştırılması (n=305)

		N	\bar{x}	Ss	KW	p	Fark
Önemlilik	1 kardeş¹	98	35,000	0,000			
	2 kardeş²	63	35,000	0,000			
	3 kardeş³	32	34,875	0,707	6,000	0,199	
	4 kardeş⁴	18	35,000	0,000			
	5 kardeş ve üzeri⁵	13	35,000	0,000			
Tutarlılık	1 kardeş¹	98	30,969	4,856			5 > 1
	2 kardeş²	63	32,048	4,175			2 > 4
	3 kardeş³	32	30,000	6,820	14,151	0,007*	5 > 2
	4 kardeş⁴	18	28,944	6,820			5 > 3
	5 kardeş ve üzeri⁵	13	35,000	0,000			5 > 4

*KW= Kruskal Wallis H-Testi, *p<0,05*

Çocukların kardeş sayısına göre Aile Merkezli Bakım Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 10'da verilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin önemlilik puan ortalamaları ile çocuklarının kardeş sayısı karşılaştırıldığında; çocuklardan bir kardeşi olan, iki kardeşi, dört kardeşi, beş kardeşi ve üzeri olanların önemlilik puan ortalaması $35,000 \pm 0,000$, üç kardeşi olanların ise $34,875 \pm 0,707$, olarak saptanmıştır. Annelerin önemlilik puan ortalamaları ile çocukların kardeş sayısı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile çocuklarının kardeş sayısı karşılaştırıldığında; çocuklardan bir kardeşi olanların tutarlılık puan ortalaması $30,969 \pm 4,856$, iki kardeşi olanların $32,048 \pm 4,175$, üç kardeşi olanların $30,000 \pm 6,820$, dört kardeşi olanların $28,944 \pm 6,820$, kardeş sayısı beş ve üzeri olanların ise $35,00 \pm 0,00$ olarak saptanmıştır. Annelerin önemlilik puan ortalamaları ile çocukların kardeş sayısı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($KW=14,151$; $p=0,007 < 0,05$) (Tablo 10).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında; beş kardeş ve üzeri olanların tutarlılık puanı ($35,000\pm 0,000$), bir kardeşi olanların tutarlılık puanlarından ($30,969\pm 4,856$) yüksek bulunmuştur. İki kardeşi olanların tutarlılık puanları ($32,048\pm 4,175$), dört kardeşi olanların tutarlılığından ($28,944\pm 6,593$) yüksek bulunmuştur. Beş ve daha fazla kardeşi olanların tutarlılıkları ($35,000\pm 0,000$), iki kardeşi olanların tutarlılıklarından ($32,048\pm 4,175$) yüksek bulunmuştur. Beş ve daha fazla kardeşi olanların tutarlılık puanları ($35,000\pm 0,000$), üç kardeşi olanların tutarlılık puanlarından ($30,000\pm 6,820$) yüksek bulunmuştur. Beş ve daha fazla kardeşi olanların tutarlılık puanları ($35,000\pm 0,000$), dört kardeşi olanların tutarlılık puanlarından ($28,944\pm 6,593$) yüksek bulunmuştur (Tablo 10).

Tablo 11. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının Yatığı Servise Göre Karşılaştırılması (n=305)

		n	\bar{x}	Ss	KW	p
Önemlilik	Enfeksiyon servisi	97	34,990	0,102	1,070	0,784
	Süt Çocuğu servisi	102	34,961	0,396		
	Çocuk genel servisi	68	35,000	0,000		
	Çocuk Onkoloji	38	35,000	0,000		
Tutarlılık	Enfeksiyon servisi	97	30,464	5,206	3,856	0,277
	Süt Çocuğu servisi	102	30,284	5,977		
	Çocuk genel servisi	68	30,868	5,761		
	Çocuk Onkoloji	38	32,395	3,738		

KW= Kruskal Wallis H-Testi

Çocukların yatığı servise göre aile merkezli bakım ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 11’de verilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin önemlilik puan ortalamaları ile çocuklarının yatmış olduğu servisler karşılaştırıldığında; çocukları enfeksiyon servisinde yatanların önemlilik puan ortalaması $34,990\pm 0,102$, çocukları süt çocuğu servisinde yatanların $34,961\pm 0,396$, çocukları genel çocuk servisinde ve çocuk onkoloji servislerinde yatanların ise $35,00\pm 0,00$ olarak bulunmuş olup, annelerin önemlilik puan ortalamaları ile çocukların yatmış oldukları servis arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile çocuklarının yatmış olduğu servisler karşılaştırıldığında ise; çocukları enfeksiyon servisinde yatanların tutarlılık puan ortalaması 30,464±5,206, çocukları süt çocuğu servisinde yatanların 30,284±5,977, çocukları genel çocuk servisinde yatanların 30,868±5,761 ve çocukları çocuk onkoloji servisinde yatanların ise 32,395±3,738 olarak bulunmuştur. Annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile çocukların yatmış oldukları servis arasındaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 12. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması (n=305)

	N	\bar{x}	Ss	KW	p	Fark
Önemlilik	Okuryazar değil ¹	41	35,000	0,000		
	Okuryazar ²	19	35,000	0,000		
	İlköğretim ³	122	34,967	0,362	7,700	0,103
	Lise ⁴	105	35,000	0,000		
	Üniversite ⁵	18	34,944	0,236		
Tutarlılık	Okuryazar değil ¹	41	32,683	5,507		1 > 2
	Okuryazar ²	19	30,579	5,274		1 > 3
	İlköğretim ³	122	31,025	5,466	14,353	0,006*
	Lise ⁴	105	29,752	5,311		1 > 4
	Üniversite ⁵	18	30,222	5,694		1 > 5

*KW= Kruskal Wallis H-Testi, * $p<0,05$*

Araştırmaya katılan annelerin eğitim düzeyine göre aile merkezli bakım ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 12’de verilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin önemlilik puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında; okuryazar olan, olmayan ve eğitim düzeyi lise olanların önemlilik puan ortalaması 35,00±0,00, eğitim düzeyi ilköğretim olanların 34,967±0,362 ve eğitim düzeyi üniversite olanların ise 34,944±0,236 olarak görülmüştür. Annelerin önemlilik puan ortalamaları ile eğitim düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur($p>0,05$).

Araştırmaya katılan annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında; okuryazar olmayanların tutarlılık puan ortalaması 32,683±5,507,

okuryazar olanların tutarlılık puan ortalaması $30,579\pm 5,274$, eğitim düzeyi ilköğretim olanların $31,025\pm 5,466$, eğitim düzeyi lise olanların $29,752\pm 5,311$ ve eğitim düzeyi üniversite olanların ise $30,222\pm 5,694$ olarak saptanmıştır. Annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile eğitim düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (KW=14,353; $p=0,006<0,05$) (Tablo 12).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı incelendiğinde; araştırmaya katılanlardan okuryazar olmayanların tutarlılık puanları ($32,683\pm 5,507$), okuryazar olanların tutarlılık puanlarından ($30,579\pm 5,274$), eğitim düzeyi ilköğretim olanların tutarlılık puanlarından ($31,025\pm 5,466$), eğitim düzeyi lise olanların tutarlılık puanlarından ($29,752\pm 5,311$) ve eğitim durumu üniversite olanların tutarlılık puanlarından ($30,222\pm 5,694$) yüksek bulunmuştur (Tablo 12).

Tablo 13. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=305)

		N	\bar{x}	Ss	MW	p
Önemlilik	Çalışmayan	277	34,986	0,240	3 754,000	0,046
	Çalışan	28	34,964	0,189		
Tutarlılık	Çalışmayan	277	30,794	5,428	3 765,000	0,781
	Çalışan	28	30,143	5,911		

MW= Mann Whitney-U, * $p<0,05$

Araştırmaya katılan annelerin çalışma durumuna göre Aile Merkezli Bakım Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 13'te verilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin önemlilik puan ortalamaları ile çalışma durumları karşılaştırıldığında; ev hanımı olanların önemlilik puan ortalaması $34,986\pm 0,240$, çalışanların önemlilik puan ortalaması ise $34,964\pm 0,189$ olarak saptanmıştır. Annelerin önemlilik puan ortalamaları ile çalışma durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (MW-U=3 754,000; $p=0,046<0,05$).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı incelendiğinde; araştırmaya katılanlardan ev hanımı olanların önemlilik puanları (34,986±0,240) çalışanların önemlilik puanlarından (34,964±0,189) yüksek bulunmuştur (Tablo 13).

Araştırmaya katılan annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile çalışma durumları karşılaştırıldığında; ev hanımı olanların tutarlılık puan ortalaması 30,794±5,428, çalışanların tutarlılık puan ortalaması ise 30,143±5,911 olarak görülmüştür. Annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile çalışma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 14. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının Tanıdan Geçen Sürelere Göre Karşılaştırılması (n=305)

		n	\bar{x}	Ss	KW	p	Fark
Önemlilik	0-10 gün ¹	197	34,980	0,285	2,394	0,495	
	11 gün-1 ay ²	36	35,000	0,000			
	1 ay-1yıl ³	42	34,976	0,154			
	1 yıl üzeri ⁴	30	35,000	0,000			
Tutarlılık	0-10 gün ¹	197	30,452	5,594	8,588	0,035*	4 > 1
	11 gün-1 ay ²	36	30,028	5,828			4 > 2
	1 ay-1yıl ³	42	30,857	5,239			4 > 3
	1 yıl üzeri ⁴	30	33,267	3,769			

KW= Kruskal Wallis H-Testi, * $p<0,05$

Araştırmaya katılan annelerin çocuklarına tanı konulmasının üzerinden geçen süreye göre Aile Merkezli Bakım Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 14'te verilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin önemlilik puan ortalamaları ile tanıdan geçen süre karşılaştırıldığında; tanıdan geçen süre 0 - 10 gün arası olanların önemlilik puan ortalaması 34,980±0,285, tanıdan geçen süre 11 gün -10 ay arası olanlar ile 1 yıl ve üzeri olanların 35,00±0,00, tanıdan geçen süre 1 ay -1 yıl arası olanların ise 34,976±0,154 olarak saptanmıştır. Annelerin önemlilik puan ortalamaları ile çocuklarına tanı konulmasının üzerinden geçen süre arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile tanıdan geçen süre karşılaştırıldığında; tanıdan geçen süre 0 - 10 gün arası olanların tutarlılık puan ortalaması $30,452 \pm 5,594$, tanıdan geçen süre 11 gün -10 ay arası $30,028 \pm 5,828$, tanıdan geçen süre 1 ay -1 yıl arası olanların $30,857 \pm 5,239$, tanıdan geçen süre 1 yılın üzerinde olanların ise $33,267 \pm 3,769$ olarak saptanmıştır. Annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile çocuklarına tanı konulmasının üzerinden geçen süre arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($KW=8,588$; $p=0,035 < 0,05$) (Tablo 14).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bakıldığında; tanıdan beri geçen süre 1 yılın üzerinde olanların tutarlılıkları ($33,267 \pm 3,769$), tanıdan beri geçen süre 0 - 10 gün olanların tutarlılıkları ($30,452 \pm 5,594$), tanıdan geçen süre 11 gün - 1 ay arası olanların tutarlılıkları ($30,028 \pm 5,828$) ve tanıdan geçen süre 1 ay-1 yıl arası olanların tutarlılık puanlarından ($30,857 \pm 5,239$) yüksek bulunmuştur (Tablo 14)

Tablo 15. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastanede Yatış Süresine Göre Karşılaştırılması (n=305)

		n	\bar{x}	Ss	KW	p
Önemlilik	1-5 gün	140	34,971	0,338	5,427	0,143
	6-10 gün	109	35,000	0,000		
	11-15 gün	24	34,958	0,204		
	16 gün ve üzeri	32	35,000	0,000		
Tutarlılık	1-5 gün	140	31,050	5,164	1,140	0,767
	6-10 gün	109	30,229	5,897		
	11-15 gün	54	30,542	5,150		
	16 gün ve üzeri	32	31,219	5,575		

KW= Kruskal Wallis H-Testi

Araştırmaya katılan annelerin çocuklarının hastanede yatış sürelerine göre Aile Merkezli Bakım Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 15'te verilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin önemlilik puan ortalamaları ile çocuklarının hastanede yatış süreleri karşılaştırıldığında; hastanede yatış süresi 1 - 5 gün arası olanların önemlilik puan ortalaması $34,971 \pm 0,338$, hastanede yatış süresi 6 - 10 gün arası ve 16 gün ve üzerinde olanların $35,00 \pm 0,00$, hastanede yatış süresi 11 - 15 gün arası olanların ise $34,958 \pm 0,204$, olarak saptanmıştır. Annelerin önemlilik puan ortalamaları ile

çocuklarına hastanede yatış süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile çocuklarının hastanede yatış süreleri karşılaştırıldığında; hastanede yatış süresi 1 - 5 gün arası olanların tutarlılık puan ortalaması $31,050\pm 5,164$, hastanede yatış süresi 6 - 10 gün arası olanların $30,229\pm 5,897$, hastanede yatış süresi 11 - 15 gün arası olanların $30,542\pm 5,150$, hastanede yatış süresi 16 gün ve üzeri olanların ise $31,219\pm 5,575$ olarak bulunmuştur. Annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile çocuklarına hastanede yatış süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 16. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının Daha Önce Yatış Deneyimine Göre Karşılaştırılması (n=305)

		N	\bar{x}	Ss	MW	p
Önemlilik	Evet	131	34,970	0,349	11	0,836
	Hayır	174	34,994	0,076	375,000	
Tutarlılık	Evet	131	30,863	5,480	11	0,622
	Hayır	174	30,638	5,471	053,500	

MW= Mann Whitney-U

Araştırmaya katılan annelerin çocuklarının daha önce hastanede yatış deneyimi yaşayıp yaşamadıklarına göre Aile Merkezli Bakım Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 16'da verilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin önemlilik puan ortalamaları ile çocuklarının hastanede yatış deneyimi durumları karşılaştırıldığında; hastanede yatış deneyimi olanların önemlilik puan ortalaması $34,970\pm 0,349$, daha önce hastanede yatmamış olanların ise $34,994\pm 0,076$ olarak saptanmıştır. Annelerin önemlilik puan ortalamaları ile çocuklarının daha önce hastanede deneyimleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile çocuklarının hastanede yatış deneyimi durumları karşılaştırıldığında; hastanede yatış deneyimi olanların tutarlılık puan ortalaması $30,863\pm 5,480$, daha önce hastanede yatmamış olanların ise $30,638\pm 5,471$ olarak bulunmuştur. Annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile çocuklarının daha önce hastanede deneyimleri arasındaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 5).

Tablo 17. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının, Daha Önce Kaç Kez Hastanede Yatıldığına Göre Karşılaştırılması (n=305)

		N	\bar{x}	Ss	MW	p	Fark
Önemlilik	1-3 kez ¹	100	34,960	0,400			
	4-6 kez ²	16	35,000	0,000	0,310	0,856	
	7 kez ve üzeri ³	15	35,000	0,000			
Tutarlılık	1-3 kez ¹	100	30,190	5,823			
	4-6 kez ²	16	32,688	3,572	6,414	0,040*	3 > 1
	7 kez ve üzeri ³	15	33,400	3,376			

MW= Mann Whitney-U, * $p<0,05$

Araştırmaya katılan annelerin çocuklarının daha önce hastanede kaç kez yattıklarına göre Aile Merkezli Bakım Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 17’de verilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin önemlilik puan ortalamaları ile çocuklarının daha önce hastanede kaç defa yatmış oldukları durumu karşılaştırıldığında; çocuğu 1-3 kez hastanede yatmış olanların önemlilik puan ortalaması $34,960\pm 0,400$, çocuğu 4-6 kez hastanede yatmış olanlarla 7 kez ve üzeri hastanede yatmış olanların ise $35,00\pm 0,00$ olarak saptanmıştır. Annelerin önemlilik puan ortalamaları ile çocuklarının daha önce hastanede kaç kez yattıklarına ilişkin durum arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile çocuklarının daha önce hastanede kaç defa yatmış oldukları durumu karşılaştırıldığında; çocuğu 1-3 kez hastanede yatmış olanların tutarlılık puan ortalaması $30,190\pm 5,823$, çocuğu 4-6 kez hastanede yatmış olanların $32,688\pm 3,572$, çocuğu daha önce 7 kez ve üzeri hastanede yatmış olanların ise $33,400\pm 3,376$ olarak bulunmuştur. Annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile çocuklarının daha önce hastanede kaç kez yattıklarına ilişkin durum

arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (KW=6,414; p=0,040<0.05) (Tablo 17).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını incelendiğinde; çocuğu daha önce 7 kez ve üzeri hastanede yatmış olan annelere ilişkin tutarlılık puanları (33,400±3,376), çocuğu daha önce 1-3 kez hastanede yatmış olanların tutarlılık puanlarından (30,190±5,823) yüksek bulunmuştur (Tablo 17).

Tablo 18. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının, Hastanenin Ekonomik Yük Getirme Durumuna Göre Karşılaştırılması

		n	\bar{x}	Ss	KW	p
Önemlilik	Getiriyor	201	34,980	0,282	2,214	0,331
	Kısmen getiriyor	60	35,000	0,000		
	Getirmiyor	44	34,977	0,151		
Tutarlılık	Etkilemiyor	201	30,776	5,675	0,809	0,667
	Kısmen etkiliyor	60	30,776	4,751		
	Etkiliyor	44	30,386	5,512		

KW= Kruskal Wallis H-Testi

Araştırmaya katılan annelerin çocuklarının hastanede yatışının ekonomik yük getirme durumuna göre Aile Merkezli Bakım Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 18’de verilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin önemlilik puan ortalamaları ile çocuklarının hastanede yatışının ekonomik yük getirme durumu karşılaştırıldığında; ekonomik yük getirdiğini ifade edenlerin önemlilik puanları 34,980±0,282, kısmen ekonomik yük getirdiğini ifade edenlerin önemlilik puan ortalamaları 35,00±0,00, ekonomik yük getirdiğini belirtenlerin önemlilik ise 34,977±0,151 olarak saptanmıştır. Annelerin önemlilik puan ortalamaları ile çocuklarının hastanede yatışının ekonomik yük getirme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Araştırmaya katılan annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile çocuklarının hastanede yatışının ekonomik yük getirme durumu karşılaştırıldığında; ekonomik yük getirdiğini ifade edenlerin tutarlılık puan ortalaması $30,776\pm5,675$, kısmen ekonomik yük getirdiğini bildirenlerin $30,776\pm4,751$, ekonomik yük getirdiğini ifade edenlerin ise $30,386\pm5,512$ olarak belirlenmiştir. Annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile çocuklarının hastanede yatışının ekonomik yük getirme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0,05$) (Tablo 18).

Tablo 19. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının, Hastanede Kalışın Öz Bakımı Etkileme Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=305)

		n	\bar{x}	Ss	KW	p
Önemlilik	Etkilemiyor	25	35,000	0,000		
	Kısmen etkiliyor	16	35,000	0,000	0,312	0,856
	Etkiliyor	264	34,981	0,254		
Tutarlılık	Etkilemiyor	25	31,840	6,108		
	Kısmen etkiliyor	16	30,875	3,667	2,965	0,227
	Etkiliyor	264	30,621	5,499		

KW= Kruskal Wallis H-Testi

Araştırmaya katılan annelerin çocuklarının hastanede kalışının öz bakımını etkileme durumuna göre Aile Merkezli Bakım Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 19’da verilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin önemlilik puan ortalamaları ile çocuklarının hastanede kalışının öz bakımını etkileme durumu karşılaştırıldığında; etkilenmiyor ve kısmen etkileniyor olanların önemlilik puan ortalaması $35,00\pm0,00$, etkilenenlerin önemlilik puan ortalaması ise $34,981\pm0,254$ olarak saptanmıştır. Annelerin önemlilik puan ortalamaları ile çocuklarının hastanede kalışının öz bakımını etkileme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile çocuklarının hastanede kalışının öz bakımını etkileme durumu karşılaştırıldığında; etkilenmiyor olanların tutarlılık puan ortalamasının $31,840\pm6,108$, kısmen etkileniyor olanların tutarlılık puan ortalamasının $30,875\pm3,667$ ve etkilenenlerin tutarlılık puan

ortalamasının $30,621 \pm 5,499$ olduğu görülmüştür. Annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile çocuklarının hastanede kalışının öz bakımını etkileme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p > 0,05$) (Tablo 19).



5. TARTIŞMA

Aile merkezli bakım, çocuk hemşireleri için çocuğun sağlığının aileyi, ailenin sağlığının da çocuğu etkilediğinden yola çıkan bir bakım felsefesi olarak benimsenmiştir. Bu doğrultuda ailenin çocuğun yaşamında varlığının kabul edilmesi, çocuğun bakımı ve tedavisinde kararlara aktif katılımının sağlanması inancına dayanmaktadır (34, 58).

Aile merkezli bakım ile ilgili yapılan çalışmalar ailelerin çocuk hastanede yattığı süre boyunca çocuğunun yanında kalmasının çocuk, aile ve sağlık personeli üzerinde olumlu etkilerini ortaya koymaktadır. Öte yandan çocuk hastaya bakım veren hemşire ve sağlık çalışanları aile merkezli bakımın önemine inanmakla birlikte bu modelinin uygulamaya yansımaları sürecindeki engeller nedeniyle uygulamaya yansımalarının yetersiz olduğu görülmektedir (59, 60).

Bu bölümde pediatri servislerinde uygulanan hemşirelik yaklaşımının aile merkezli bakım açısından değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin çocuklarının %52,1'i kız olup %66,6'sı 0-5 yaş aralığındadır. Çocukların %73,4'ünün kardeşi olduğu ve kardeşi olanların ise %43,8'inin bir kardeşi ve %5,8'inin de beş ve daha fazla kardeşi olduğu belirlenmiştir. Çocuklar %31,8'i enfeksiyon, %33,4'ü süt çocuğu, %22,3'ü çocuk ve %12,5'i de onkoloji servisinde izlendikleri görülmektedir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan annelerin %26,6'sının 18-25 yaş arasında olduğu ve %13,4'ünün okuryazar olmadığı, %40'ının ilköğretim mezunu olduğu ve çoğunluğunun (%90,8) ev hanımı olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Annelerin çocuklarının %64,6'sının 0-10 gündür mevcut hastalık tanısı ile izlendiği, çocukların yarısına yakınının (%45,9) 1-5 gündür hastanede yattığı, %43'ünün daha önce hastanede yatma deneyimi olduğu belirlenmiştir. Hastanede yatma deneyimi olan çocukların (n=131) %76,3'ünün 1-3 kez hastanede yattığı, %47,3'ünün ise ortalama bir aydan fazla süre hastanede yatmış olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Araştırmaya katılan annelerin yarısından fazlası hastanede yatıyor olmanın ekonomik yük getirmediğini söylerken %19,7'sinin kısmen, %14,4'ünün ise ekonomik yük getirdiğini söylemişlerdir. Annelerin %86,6'sı da hastanede yatmanın öz bakımlarını etkilediğini ifade etmişlerdir (Tablo 4).

Araştırmaya katılan annelerin aile merkezli bakım önemlilik ve tutarlılık puanları ile hastaneye yatmanın maddi yük getirmesi ve öz bakımlarını etkilemesi karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 18,19).

Yapılan benzer çalışmalarda da çocuklarına refakat eden ebeveynler hastanede yatmanın maddi yük getirdiğini belirtmişlerdir (8, 40, 62). Yapılan bir çalışmada da ebeveynlerin çocuklarının yanında refakatçi olarak kaldıkları sürede öz bakım gereksinimlerinin etkilendiği bulunmuştur (61).

Ebeveynlerin hastanede kaldığı süre boyunca çocuğun bakımını üstlenirken kendi gereksinimlerini karşılayamaması/ göz ardı etmesi sonucu tükenmişlik yaşamaları olasıdır. Aile merkezli bakım açısından istendik olmayan bu durumu yaşamamak adına bu bakım modeline uygun şekilde anne-baba çocuk ilişkisini sürdürmek, çocuk ve ailenin fiziksel ve duygusal rahatlığını sağlamak amaçlanmalıdır. Hemşire çocuğun bakımın planlarken bu durumu göz önünde bulundurmalı ve ebeveynlerin dönüşümlü olarak refakatçi olmasını desteklemeli, diğer aile üyeleri/yakınların desteğinin alınması için aileyi teşvik etmelidir.

Annelerin çocuklarına refakat ederken ilaç uygulaması en sık katıldıkları uygulamalar yemek yedirme (%78,4), öz bakım gereksinimlerini karşılama (%89,8), tamamına yakınının da (%99,3) yatak düzeltme olarak belirlenmiştir. Bunlara nazaran daha az sıklıkta katılmakla birlikte ilaç uygulama, soğuk uygulama, buhar uygulama, damar yolu işleminde çocuğu tutma gibi uygulamalara da katıldıkları görülmektedir (Tablo 5).

Bu sonuçlar doğrultusunda annelerin genel olarak karmaşık olmayan ve eğitim gerektirmeyen uygulamalara sıklıkla katılmış oldukları görülmektedir. Öte yandan basit olduğu düşünülen uygulamaların da birçok riski olduğu unutulmamalıdır. Yatak

yaparken annenin çocuğunu diğer yatağa koyması ya da başka bir çocuğun ebeveyninin kucağına vermesi enfeksiyon, düşme vb. risklere neden olabilir. Bu uygulamaların anne tarafından yapılabilir olması ile birlikte olası riskler göz önünde bulundurularak, refakatçi olarak kalan ebeveynler bilgilendirilmeli ve desteklenmelidir.

Yapılan benzer çalışmaların sonuçlarında da ebeveynlerin çocuklarının fiziksel gereksinimlerini karşılamaya yönelik girişimleri destekledikleri görülmekte olup araştırmanın sonuçları ile paralellik göstermektedir (8, 18, 63,65). Bir başka çalışmanın sonuçları incelendiğinde ise; ebeveynlerin çocuklarına yemek yedirme ve öz bakım gereksinimlerini sürdürmeye destek olmanın yanı sıra ağızdan ilaç verme, nazogastrik sonda ile besleme, fitil uygulama soğuk girişimlerine katıldıkları belirtilmiştir (62).

Katıldıkları bu uygulamalardan memnuniyetleri incelendiğinde yaptıkları tüm uygulamalardan çoğunlukla memnun oldukları görülmektedir (Tablo 5). Bu sonuç annelerin çocuklarının bakımına yakından takip edebilmelerinin, tedavi ve bakım sürecinin bir üyesi olmalarının hastane ve çalışanlara karşı güven duygularını artırdığını ve bu doğrultuda memnuniyetlerinin yüksek olduğunu düşündürebilir. Annelerin çocuklarının bakımına katılıyor olmaları, bakımda güven ve yeterlilik duygusunu artırmada, hemşireler ile olumlu ilişkiler kurmada, kaygı düzeylerinin azalmasında etkili olmaktadır. Yapılan benzer çalışmalarda da ebeveynlerin bakıma katılmaktan memnun oldukları ve çocuklarını daha güvende hissettikleri sonucu bulunmuştur (2, 3, 62).

Araştırmaya katılan annelerin önemlilik puan ortalaması $34,984 \pm 0,236$; tutarlılık puan ortalaması ise $30,734 \pm 5,467$ olarak bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). (Tablo 6. Şekil 1). Annelerin önemlilik ve tutarlılık puan ortalamaları eşleşme yüzdesi %57 bulunmuştur. Araştırmada önemlilik puan ortalamasının tutarlılık puan ortalamasından daha yüksek olması, annelerin aile merkezli bakımı daha çok önemseydiğini, ancak aldıkları hemşirelik bakımının aile merkezli bakım beklentilerinden düşük olduğunu göstermektedir.

Araştırmanın sonuçlarına paralel olarak literatür incelendiğinde yapılan birçok çalışmada da ebeveynler çocuklarının hastanede yattıkları süre boyunca bakıma katılma isteklerini ve aile merkezli bakımın önemli olduğunu sonucuna varılmıştır (54, 66, 67). Pediatri yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık personeli ve refakatçi ailelerle yapılan

çalışmada da ebeveynlerin aile merkezli bakıma ilişkin toplam puan ortalamalarının sağlık personelinden yüksek olduğu bulunmuştur (40). Öte yandan Espezel ve Canam'ın yaptıkları bir çalışmada ise annelerin çoğunluğunun çocuklarının bakımlarının sorumluluğunun hemşirede olduğunu ve bakıma katılmak istemedikleri belirtilmiştir (68).

Shilelds ve Nixon'ın yaptıkları çalışmada iki gelişmiş ülke (Avusturya, İngiltere) ve iki gelişmekte olan ülkenin (Endonezya, Tayland) aile merkezli bakım uygulamaları değerlendirilmiş olup aile merkezli bakım uygulamaların gelişmiş olan ülkelerde daha fazla olduğunu belirlemiştir (41). Öte yandan Oktay'ın yaptığı çalışmada da gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde aile merkezli bakımın uygulamalarının aktif kullanılmadığı görüşü ortaya çıkmaktadır (6). Bizim araştırmamızın sonuçlarında da aile merkezli bakımın anneler tarafından önemsendiği görülmektedir.

Araştırmamızın sonuçları ve literatür doğrultusunda genel olarak ailenin çocuğun bakımına katılımını, sağlık ekip üyelerine göre daha fazla önemsendiği görülmektedir. Bununla birlikte bu sonucun ailenin kültürel özellikleri, önceki hastanede yatma deneyimleri, sağlık personelinin aile merkezli bakıma ilişkin eğitimi olma durumuna göre değişebileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin aile merkezli bakım önemlilik ve tutarlılık puanları ile çocuklarının cinsiyetleri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). (Tablo 7). Bu sonuç annelerin çocuğunun kız ya da erkek olması fark etmeksizin aile merkezli bakımı önemsedikleri ve hastanede aldıkları bakımın tutarlılık puanının çocuklarının cinsiyetlerine göre değişmediği görülmektedir. Yapılan bir çalışmada da araştırma sonucuna paralel olarak çocuğun cinsiyetinin ebeveynlerin ve sağlık personelinin aile merkezli bakıma verdikleri önemi etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (62)

Araştırmaya katılan annelerin aile merkezli bakım önemlilik puanları ile çocukların yaş grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). (Tablo8). Bu durum annelerin çocuğunun yaşı ne olursa olsun aile merkezli bakım alma gereksinimi duyduklarını düşünmektedir. Yapılan bir çalışmada ise araştırma sonucunun aksine küçük yaş grubundaki çocukların öz bakım

gereksinimleri fazla olduğu için ailelerin aile merkezli bakımı önemsedikleri ve bakıma katılmak istedikleri bulunmuş olup çocuğun yaşı büyüdükçe ebeveynlere bağımlılığının azalması nedeniyle aile merkezli bakım gereksinim puanlarının düştüğü gözlenmiştir(2).

Öte yandan annelerin aile merkezli bakım tutarlılık puanları ile çocukların yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bulunmuş olup 11-15 yaş grubundaki çocukların annelerinin diğer yaş grubundaki çocukların annelerine göre tutarlılık puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo8). Bu sonuç çocuğa bakım veren hemşirelerin yaş grubu küçük olan çocukların bakım uygulamalarına aileyi katmanın riskli olması nedeniyle çekindikleri ve büyük yaş grubunda olan çocukların bakımına aileyi katmanın daha az riskli olduğunu düşünmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Benzer çalışmalar incelendiğinde çocuğun yaşı arttıkça annelerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin arttığı görülmekte (62, 69) olup bu sonuçlar araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Yapılan bir çalışmada ise yaş grubu ile ebeveynin bakıma katılmasının desteklenmesi arasında negatif bir ilişki bulunmuş olup, çocuğun yaşı arttıkça hemşirenin aile merkezli bakım uygulamalarının azaldığı sonucu vurgulanmıştır (61).

Araştırmaya katılan annelerin önemlilik puan ortalamaları ile çocuklarının kardeşi olması arasında istatistiksel olarak bir ilişki yoktur ($p>0.05$). Annelerin çocuk sayılarına bakılmaksızın aile merkezli bakım yaklaşımını önemsedikleri görülmektedir. (Tablo9-10).

Araştırmaya katılan annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile çocuklarının kardeşi olması ve hatta kardeşi olanların da beş ve daha fazla kardeşe sahip olmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo9-10). Yapılan benzer çalışmalarda da çocuk sayısı arttıkça ailelerin hemşire ve sağlık personelinin yaklaşımından memnuniyet oldukları görülmektedir (62, 70).

Annelerin tek çocuk bakımı ve hastalığı durumlarında bilinmez bir duruma karşı kaygılı ve tedirgin olmaları, öte yandan daha fazla çocuğu olanların ise deneyimleri nedeniyle daha rahat oldukları, hemşire ve sağlık ekibinin uygulamalarını daha doğru değerlendirebilmeleri nedeniyle tutarlılık puanlarının yüksek olduğu düşünülebilir.

Araştırmaya katılan annelerin önemlilik ve tutarlılık puan ortalamaları ile çocuğun yattığı servisler arasında istatistiksel olarak bir ilişki yoktur ($p>0.05$). (Tablo11). Annelerin aile merkezli bakıma verdiği önem ve hemşireler tarafından verilen bakımın servislere göre farklılık göstermemesi beklenen bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır.

Araştırmaya katılan annelerin önemlilik puan ortalamaları ile annelerin öğrenim durumu arasında istatistiksel olarak bir ilişki yoktur ($p>0.05$). Öğrenim seviyesi ne olursa olsun annelerin çocuğunun bakımına katılmayı önemsedikleri görülmektedir. (Tablo12).

Öte yandan annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile öğrenim durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Okuryazar olmayan annelerin diğer annelere göre hemşirelerden aldıkları bakımdan memnun oldukları görülmektedir. Bu durum eğitim seviyesi arttıkça ebeveynlerin daha çok beklentiye giriyor olması nedeniyle aldıkları bakımdan memnuniyetlerini düşürüyor olması ile açıklanabilir (Tablo12).

Benzer çalışmalar incelendiğinde; Kain ve Arkadaşları'nın yapmış oldukları çalışmada ebeveynlerin çocukları hakkında bilgi isteme durumlarına bakıldığında öğrenim düzeyi yüksek olanların daha sorgulayıcı oldukları bulunmuştur (71). Oktay'ın yaptığı çalışmada da örgün eğitim alan annelerin sağlık ekibine çocuğunun bakımı ve tedavisi hakkında soru sorma sıklıklarının yüksek olduğu görülmektedir (6).

Yapılan çalışmalarda ebeveyn öğrenim durumu ile hemşire ve sağlık personelinin verdiği bakımdan memnuniyet durumuna ilişkin farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Birçok çalışmada eğitim düzeyi arttıkça ebeveynlerin verilen bakımdan memnuniyetleri düşerken (62, 69, 72, 73), bazı çalışmalarda da bir fark olmadığı bulunmuştur (74, 75) Aile merkezli bakım yaklaşımına göre bilgi almak ailelerin temel haklarıdır. Ebeveynlere çocuğun ilk yatışından itibaren tanı tedavi ve bakımına ilişkin gerekli ve yeterli bilgi verilmeli ve aile üyeleri soru sormaya ve bakıma katılmaya cesaretlendirilmelidir.

Araştırmaya katılan annelerin önemlilik puan ortalamaları ile çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). (Tablo12). Bu sonuç çalışan annelerin sosyal ortamlarının fazla olması, bilgiye ulaşma ve paylaşım yönünden daha şanslı olmaları nedeniyle aile merkezli bakımın önemini daha çok kavramalarından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmaya katılan annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p>0.05$). (Tablo13). Bu sonuç annelerin çalışıp çalışmamasına bakılmaksızın aldıkları bakımın tutarlılığını benzer şekilde yorumluyor olduklarını göstermektedir. Yapılan bir çalışmada ise çalışan annelerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin çalışmayan annelere göre daha düşük olduğu bulunmuştur (70).

Araştırmaya katılan annelerin önemlilik puan ortalamaları ile çocuğa tanı konulma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). (Tablo13). Bu sonuç tanı üzerinden ne kadar süre geçerse geçsin annelerin aile merkezli bakım standartlarına uygun bakım almayı önemseyemediğini göstermektedir.

Annelerin tutarlılık puan ortalamaları ile çocuğa tanı konulma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($p<0.05$) bulunmuş olup bir yıldan uzun süredir tanılı çocukların annelerinin aile merkezli bakım tutarlılık puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo14). Oktay'ın yaptığı benzer bir çalışmanın sonucunda da tanısı son bir ay içinde konulmuş olan çocukların annelerinin daha endişeli oldukları, hemşire iletişim kurmakta zorlandıkları bulunmuş olup sonuç araştırmanın sonuçları ile paralellik göstermektedir (6).

Bu sonuçlardan yola çıkarak ilk tanı konulma aşamasında ebeveynlerin yaşadıkları şok ve kriz nedeniyle, hemşire ve sağlık ekibinin beklentilerini anlamakta ve onlardan beklediklerini açıklamakta zorluk yaşamış olabilecekleri düşünülebilir. Tanı konulduktan sonra üzerinden zaman geçtikçe ekip üyeleri ile iletişimin güçlenmesi ve ebeveynlerin hemşire ve sağlık personelinin uygun ve gerekli bakımını sürdürdüklerini fark etmeleri, hastanenin işleyişini öğrenmeleri ve karşılıklı güven ilişkisinin gelişmesi ile memnuniyetlerinin artmış olabileceği söylenebilir.

Araştırmaya katılan annelerin önemlilik ve tutarlılık puan ortalamaları ile çocuğunun daha önce hastanede yatma deneyimi ve yatma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo15).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İstanbul ili Beyoğlu Kamu Hastaneler birliğine bağlı Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi pediatri servislerinde uygulanan hemşirelik yaklaşımının aile merkezli bakım açısından değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın sonuçları incelendiğinde;

- Araştırmaya katılan annelerin çocuklarının %52,1'i kız, %66,6'sı 0-5 yaş grubundadır. Çocukların %73,4'ünün kardeşi bulunmaktadır (Tablo1).
- Araştırmaya katılan annelerin %28,2'si 26-30 yaş arasıdır. Annelerin %40'ı ilköğretim mezunu ve %90,8'i ev hanımıdır (Tablo2).
- Araştırmaya katılan çocukların %69,5'i 0-5 yaş arası dönemde tanı almıştır. %64,6'sının tanı almasının üzerinden geçen süre 0-10 gün arasındadır. %45,9'unun hastanede yatış süreleri 1-5 gün arasındadır.%57'si ise daha önce hiç hastaneye yatmamıştır. Daha önce hastaneye yatan 131 kişinin %76,3'ü daha önce 1-3 kez hastanede yatmışlardır. Daha önce hastaneye yatan 131 kişinin %47,3'ünün yatış süreleri 30 gün ve üzeridir (Tablo 3).
- Araştırmaya katılan annelerin % 65,9'u çocuklarının hastanede yatıyor olmasının maddi yük getirmediğini ifade etse de, %86,6'sı çocuklarının hastanede yatıyor olmasının kendi öz bakımlarını etkilediğini belirtmiştir (Tablo 4).
- Annelerin; %17,4'ünün ilaç verme, %8,5'inin oksijen verme, %16,7'sinin buhar verme, %5,9'unun damar yolu açılırken tutma, %9,5'inin soğuk uygulama, %78,4'ünün yemek yedirme, %89,8'inin öz bakım, %99,3'ü gibi büyük bir bölümünün ise yatak düzeltme uygulamalarına katıldığı görülmüştür (Tablo 5).
- Araştırmaya katılan annelerin; %90,6'sı ilaç uygulama, %73,1'i oksijen verme, %72,5'i buhar verme, %77,8'si damar yolu açılırken tutma, %82,8'i soğuk uygulama, %99,2'si yemek yedirme, %99,3'ü öz bakım, %88,8'i yatak düzeltme uygulamalarından memnun kaldığını belirtmiştir (Tablo 5).

- Araştırmaya katılan annelerin; AMBÖ Önemlilik puan ortalaması, tutarlılık puan ortalamasından yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 6).
- Araştırmaya katılan annelerin AMBÖ önemlilik, tutarlılık puan ortalamaları ve çocukların cinsiyetleri arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 7).
- Araştırmaya katılan annelerin önemlilik AMBÖ puan ortalamaları ile yaş değişkeni arasındaki farkın anlamsız olduğu görülmüş ($p > 0,05$), annelerin AMBÖ tutarlılık puan ortalamaları ile yaş değişkeni arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 8).
- Annelerin AMBÖ önemlilik puanları ortalamaları ile çocukların kardeşinin olması durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuş ($p > 0,05$), tutarlılık puanları ortalamaları ile çocukların kardeşinin olması durumu arasındaki fark ise anlamlı bulunmuş ($p < 0,05$) (Tablo 9).
- Kardeş sayısı ile annelerin AMBÖ önemlilik puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamış olup ($p > 0,05$), kardeş sayısı ile AMBÖ tutarlılık puan ortalamaları arasında fark ise istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$) (Tablo 10).
- Araştırmaya katılan annelerin AMBÖ önemlilik, tutarlılık puan ortalamaları ve çocukların yattığı servis arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ($p > 0,05$) (Tablo 11).
- Araştırmaya katılan annelerin AMBÖ tutarlılık puan ortalamaları ile eğitim değişkeni arasındaki fark anlamlı olmayıp ($p > 0,05$), araştırmaya katılan annelerin AMBÖ tutarlılık puan ortalamaları ile eğitim değişkeni arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 12).
- Annelerin AMBÖ önemlilik puan ortalamaları ile çalışma durumu değişkeni arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$), ancak AMBÖ tutarlılık puan

ortalamları ile çalışma durumu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsızdır (Tablo 13).

- Araştırmaya katılan annelerin AMBÖ önemlilik puan ortalamaları ile tanıdan geçen süre arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$) fakat AMBÖ tutarlılık puan ortalamaları, tanıdan geçen süre ile karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 14).
- Hastaneye yatış süresi ile annelerin AMBÖ önemlilik, tutarlılık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0,05$) (Tablo 15).
- Annelerin, önemlilik ve tutarlılık puan ortalamaları ile çocuklarının daha önce yatış deneyimi karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0,05$) (Tablo 16).
- Daha önce yatış deneyimi olanların kaç kez hastanede yattığı ile AMBÖ önemlilik puan ortalamaları karşılaştırıldığında fark anlamsız ($p>0,05$), AMBÖ tutarlılık puan ortalamaları arasında fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 17).
- Araştırmaya katılan annelerin AMBÖ önemlilik, tutarlılık puan ortalamaları ile hastanenin maddi yük getirme durumu karşılaştırıldığında farkın anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 18).
- Araştırmaya katılan annelerin önemlilik ve tutarlılık puan ortalamaları hastanede kalışın annelerin öz bakımını etkileme durumu ile karşılaştırıldığında arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 19).

Bu sonuçlardan doğrutusunda;

- Hemşireler ve diğer sağlık personellerini kapsayan aile merkezli bakım modeli ve terapotik iletişim teknikleri ile ilgili hizmet içi eğitim programları düzenlenmesi,
- Kurumlar için aile merkezli bakım modelinin sağlık politikası olarak geliştirilmesi, denetlenmesi hizmet içi eğitim programları düzenlenmesi,
- Aile bütünlüğü korunması amacı ile pediatri servisleri içinde ebeveynlerin de yer aldığı yasal düzenlemelerin geliştirilmesi,
- Hastanelerde aile merkezli bakım şartlarını sağlamak için fiziki koşullar (*banyo, dilenme alanı, mutfak vb.*) sağlanması,
- Pediatri servilerinde ailelerin başa çıkma yöntemlerini desteklemek ve deneyimlerini paylaşmalarını sağlamak adına aile destek grupları kurulması,
- Benzer araştırmaların daha geniş örneklem gruplarıyla çocuk, anne-baba, diğer aile üyeleri, hemşire ve diğer sağlık ekip üyelerinin katılımı ile yapılması önerilebilir.

KAYNAKÇA

1. Çavuşoğlu H. *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*, Cilt 1, Sistem Ofset Matbacılık, Ankara, 2013
2. Kristensson-Hallstroè I. “Strategies for feeling secure influence parents' participation in care”, *Journal of Clinical Nursing* 1999 8: 586-592.
3. Çelebioğlu A. “Yeni doğanın hastaneye kabulünde ebeveynlerin duyguları ve hemşirelik yaklaşımı”, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2004, 1(1): 3-7.
4. Hallström I, Runesson I, Elander G. “Observed parental needs during their child's hospitalization”, *Journal of Pediatric Nursing*, 2002, 17(2):140-148.
5. Contro N, Sounkers B. “Family perspectives on the quality of pediatric palliative care”, *Archives Pediatric And Adolescent Medicine*, 2002,156(1):14-18.
6. Oktay H. *Bir Üniversite Hastanesinin Çocuk Servislerinde Verilen Bakımın Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi ve Anne Görüşlerinin Belirlenmesi*. (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşirelik Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2004.
7. Roden J. “The involvement of parents and nurses in the care of acutely-ill children in a non-specialist paediatric setting”, *Journal of Child Health Care*, 2005, 9(3): 222-240.
8. Boztepe H, Çavuşoğlu H. “Bir üniversite hastanesindeki uygulamaların aile merkezli bakım yönünden incelenmesi”, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2009, 16(1): 11-24.
9. Kuzlu TA, Kalıncı N. Topan AK. “Üniversite hastanesinde çocuklara verilen bakımın aile merkezli bakım yönünden incelenmesi”, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2011, 16(6): 1-17.
10. Kıtchen B. “Family-centered care: a case study”, *Japan*, 2005, 10(2): 93- 97.

11. Shields L, Hunter J, Hall J. "Parents' and staff's perceptions of parental needs during a child's admission to hospital: an english perspective", *Journal Of Child Health Care*, 2004, 8(1): 9-33.
12. Harrison TM. "Family-centered pediatric nursing care", *State Of The Science Journal Of Pediatric Nursing*, 2010, 25(5): 335-343.
13. Brigitte S. "Family Presence On Rounds A Systematic Review Of Literature". *Dimens Crit Care Nurs*, 2012, 31(1): 53-64.
14. Saskatchewan ministry of health, patient and family and family-centred care in saskatchewan: a framework for putting patients and families first.2011.
15. American academy of pediatrics committee on hospital care. Family-Centered Care And The Pediatrician's Role. *Pediatrics*, 2012, 129(2):394-404.
16. Jolley J, Shields L. "The evolution of family-centered care", *Journal Of Pediatric Nursing*, 2009, 24(2): 164-170.
17. MacKay LJ, Gregory D. "Exploring family-centered care among pediatric oncology nurses", *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 2011, 28(1): 43-52.
18. Petersen MF, Cohen J, Parsons V. "Family-centered care: Do we practice what we preach?", *JOGNN*, 2004, 33: 421-427.
19. Karabudak S, Ak B, Başbakkal Z. "Girişimler sırasında aile üyeleri nerede olmalı?", *Türk Pediatri Arşivi*, 2010, 45: 53-60.
20. Boztepe H. "Pediatri Hemşirelerinin Ağrılı İşlemler Sırasında Ebeveynlerin Bulunması Hakkında Görüşleri", *Ağrı*, 2012, 24(4): 171-179.
21. Er M. "Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler", *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2006, 49(1): 155-168.
22. Atay G, Eras Z, Ertem İ. "Çocuk hastaların hastane yatışları sırasında gelişimlerinin desteklenmesi", *Çocuk Dergisi* 2011,11(1):1-4.
23. Armstrong Fd. "Neurodevelopment and chronic illness: mechanisms of disease and treatment", *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*, 2006, 12(3):168-73.

24. Uysal G. “Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerinde Bütüncül Yaklaşım”, 7.Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı, Kıbrıs, 2016.
25. Başbakkal Z, İşler A, Esenay FI. “Çocukların gelişimsel yaş dönemlerine göre tıbbi terimleri algılayışları”, *Türk Pediatri Arşivi*, 2006, 41(2): 13-17.
26. Beytut DŞ, Bolışık B, Solak U, Seyfioğlu U. “Çocuklarda hastaneye yatma etkilerinin projektif yöntem olan resim çizme yoluyla incelenmesi”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009, 2(3): 35-44.
27. Bragadottir H. “A descriptive study of the extent to which selfperceived needs of parents are met in paediatric units in Iceland”, *Scand J Caring Sci*, 1999, 13(3): 201-207.
28. Özmert FN. “Erken Çocukluk gelişiminin desteklenmesi”, *Katkı Pediatri Dergisi*, 2003, 25: 779-881.
29. Törüner EK, Büyükgönenç L. *Çocuk sağlığı temel hemşirelik yaklaşımları*. 2. Baskı, Göktuğ Basın Yayım Dağıtım, Ankara, 2011.
30. Teksöz E, Ocağcı AF. Çocuk hemşireliği’nde sanat uygulamaları. “*Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*” 2014, 7(2): 119-123. <http://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/12345/4511/87-252-1-PB.pdf>. Erişim tarihi: 27 Ocak 2017.
31. Potts NL, Mandleco BL. *Pediatric nursing caring for children and their families*, Delmar, 2002.
32. Karakavak G, Çırak Y. “Kronik hastalıklı çocuğu olan annelerin yaşadığı duygular”, *Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2006, 7(12): 95-112.
33. Baykoç Dönmez N. *Çocuk ve Hastane*, Sim Matbaacılık, Ankara, 2006.
34. Shields L, Pratt J, Hunter J. “Family-centered care: a review of qualitative studies”, *Journal of Clinical Nursing*, 2006, 15(1): 1317-1323.

35. Mantha S, Davies B, Moyer A, Crowe K. "Providing responsive nursing care to new mothers with high and low confidence", *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 2008, 33(5): 307-314.
36. İnal S, Akgün M. "Hastanede yatan çocukta terapötik iletişim", *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2003, 6(2): 67-76.
37. Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H., Boluşık B. *Pediatric Hemşireliği*, 1. Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2013. 41-45.
38. Ray LD. "Parenting and childhood chronicity: making visible the invisible work", *Journal of Pediatric Nursing*, 2002, 17(6): 424-436.
39. Ofıaz F. "Hasta çocuk ve ebeveynlerinin pediatrik yoğun bakım deneyimi ve travmatik stres", *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2008, 12(1): 53-59.
40. Anol S. *Pediatric Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Sağlık Personeli İle Çocuğu Yatan Ebeveynlerin Aile Merkezli Bakıma Yönelik Görüşlerinin Karşılaştırılması*. Dokuz Eylül Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi; 2016.
41. Shields L, Nixon J. "Hospital care of children in four countries". *Journal of Advanced Nursing*, 2004, 45(5): 475-485.
42. Erdeve, Ö. "Aile merkezli bakım ve yeni doğan yoğun bakım ünitesi tasarımında ailenin yeri", *Gülhane Tıp Dergisi*, 2009, 51(3): 199-203.
43. Aykanat B, Gözen D. "Çocuk sağlığı hemşireliğinde aile merkezli bakım yaklaşımı". *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 3(1): 683-695.
44. Broom M. "Helping parents support their child pain", *Pediatric Nursing*, 2000, 26(3): 315- 317.
45. Byers J, Lowman L, Francis J, Kaigle L, Lutz N, Waddell T. "A quasi-experimental trial on individualized, developmentally supportive family centered care". *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2006, 35(1): 105-115.

46. Kamerling SN, Lawler LC, Lynch M, Schwartz AJ. "Family Centered Care In The Pediatric Post Anesthesia Care Unit: Changing Practice To Promote Parental Visitation", *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 2008, 23(1): 5-16.
47. Melnyk M, Feinstein F. "Mediating Functions Of Maternal Anxiety and Participation In Care On Young Children's Posthospital Adjustment", *Research in Nursing & Health*, 2001, 24: 18-26.
48. Cooper LG, Gooding JS, Gallagher J, Sternesky L, Ledsky R, Berns SD. "Impact of a family-centered care initiative on NICU care, staff and families", *Journal of Perinatology*, 2007, 27(2): 32-37.
49. Hemmelgarn AL, Glisson C, Dukes D. "Emergency room culture and the emotional support component of family-centered care", *Children's Health Care*, 2001, 30(2): 93-110.
50. Henneman EA, Cardin S. "Family-centered critical care: a practical approach to making it happen", *Critical Care Nurse*, 2002, 22(6): 12-19.
51. Conway J, Johnson B, Edgman-Levitan S, Schlucter J, Ford D, Sodomka P, Simmons L. "Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system: a roadmap for the future: a work in progress", *Bethesda, MD: Institute for Family-Centered Care*, 2006.
52. Tomlinson PS, Thomlinson E, Peden-McAlpine C, Kirschbaum M. "Clinical innovation for promoting family care in paediatric intensive care: demonstration, role modelling and reflective practice", *Journal of Advanced Nursing*, 2002, 38(2): 161-170.
53. Yıldırım S. *Ebeveyn Katılımlı Tutum Ölçeği' nin Türkiye'deki Geçerlik Güvenirlilik Çalışması* (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi: 2008.
54. Newton MS. "Family-Centered Care: Current Realities In Parent Participation", *Pediatric Nursing Journal*, 2000, 26(2):164-168.

55. Ocakçı AF. *Aile Merkezli Hemşirelik Bakımı: Çocuğun Aile Merkezli Bakımı*. 1. Baskı, Dökel Matbaası, Zonguldak-2006: 8-27.
56. Curley M, Hunsberger M, Harris S. “Psychometric evaluation of the family-centred care scale for pediatric acute care nursing”, *Nursing Research* 2013, 62(3): 160-68.
57. Altıparmak D, Arslan TF. “Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanması geçerlik ve güvenirlik çalışması”, *JPR*, baskıda.
58. Talmi A, Harmon R. “Relationships between preterm infants and their parents: Disruption and Development”, *Zero to Three*, 2004, 1(1): 13-20.
59. 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; 2010.
60. 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*, 2005, 23(1): 31-36.
61. Balling K, McCubbin M. “Hospitalized children with chronic illness: parental caregiving needs and valuing parental expertise”, *Journal of Pediatric Nursing*, 2001, 16: 110-119.
62. Çimke S. *Annelerin hastanede yatan çocuğun bakımına katılma ve memnuniyet durumları*, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2014.
63. Tosun A, Tüfekçi G, Güdücü F. “Çocuk kliniklerinde aile merkezli bakımın uygulanması”, *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, 2015, 18(2): 131-139.

64. Evagelou E. "Parental participation in their hospitalized child's physical and psychological care: nurses perceptions", *Intensive Care Units and Nursing Web Journal* 2003, 13(3): 13-8.
65. Ygge B, Lindholm C, Arnetz J. "Hospital staff perceptions of parental involvement in paediatric hospital care", *Journal of Advanced Nursing*, 2006, 53(5): 534-42.
66. Bishop K, Woll J. "Family-Centered care projects 1 and 2", *Algodones Associates Journal* 2004, 1: 33-5.
67. Marino BL, Marino EK. "Parents' report of children's hospital care: What it means for your practice", *Pediatric Nursing*, 2000, 26(2): 195-198.
68. Espezel J, Canam CJ. "Parent–nurse interactions: care of hospitalized children", *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 44(1): 34-41.
69. Uysal G, Cırlak A. "The expectations related to nursing and the satisfaction levels of the parents of the children who have acute health problems", *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2014, 152: 435-439.
70. Tanır MK, Kuşuoğlu S. "Pediatrik yaşam kalitesi envanteri (PedsQL) sağlık bakım memnuniyeti hematoloji/onkoloji modülü ebeveyn formu geçerlik-güvenirliliği", *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2013, 11(2): 13-23.
71. Kain Z, Caldwell-Andrews A, Mayes L, Weinberg M, Wang S, MacLaren J, et al. Family-centered preparation for surgery improves perioperative outcomes in children. *Anesthesiology* 2007;106(1): 65- 74.
72. Aşılıoğlu N, Akkuş T, Baysal K. "Çocuk acil servisinde ebeveyn memnuniyeti ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi". *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2009, 9(2): 65-72.
73. Ulus B. "Kübilay G. "PedsQL sağlık bakımı ebeveyn memnuniyet ölçeğinin türkçe'ye uyarlanması", *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 3(1): 44-50.

74. Şahin TK, Bakıcı H, Bilban B. “Meram Tıp Fakültesi çocuk cerrahisi servisinde yatan hasta yakınlarının memnuniyetinin araştırılması”, *Genel Tıp Dergisi*, 2005, 15(4): 137- 142.
75. Çoban M, Can G, Ünüvar E. “Hasta memnuniyetini değerlendiren yeni bir ölçek ve geçerliliği”, *Çocuk Dergisi*, 2007, 7: 247-254.



EKLER

EK 1- Bilgi Formu

Anket no.....

Bu çalışma Pediatri servislerinde uygulanan aile merkezli bakım modelinin çocukların ebeveynleri tarafından değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Sizlerden elde ettiğimiz bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Sonuçların doğru hesaplanabilmesi için lütfen tüm soruları yanıtlayınız. Çalışmamıza katıldığınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Hemşire: Fatma Gül Özcan

Danışman: Yrd.Doç.Dr.Gülzade UYSAL

Çocuğa ve Anneye İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

1. Yaşı:
2. Cinsiyeti: a. Kız b. Erkek
3. Yattığı servis:
4. Tanı:
5. Tanıdan beri geçen süre:
6. Hastanede yatış süresi:/gün
7. Daha önce hastanede yatış deneyimi var mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır
8. Evet ise kaç kez
9. Evet ise ortalama yatış süresi...../gün
10. Kardeş var mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır
11. Evet ise kaç kardeş
12. Anne Yaşı

13. Eğitim durumu

- a. Okur yazar değil
- b. Okur yazar
- c. İlköğretim
- d. Lise
- e. Üniversite
- f. Yüksek lisans
- g. Diğer

14. Mesleği

15. Hastanede kalıyor olmanız maddi yük getiriyor mu?

- a. Maddi yük getirmiyor
- b. Kısmen maddi yük getiriyor
- c. Maddi yük getiriyor (.....) yazınız.

16. Hastanede kalıyor olmanız öz bakım/gereksinimlerinizi karşılamanızı etkiliyor mu?

- a. Etkilemiyor
- b. Kısmen etkiliyor
- c. Etkiliyor (.....) yazınız.

17. Çocuğunuzun bakımında hangi uygulamalara katılıyorsunuz? (birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a. İlaç uygulama
- b. Oksijen verme
- c. Buhar uygulama
- d. Damar yolu açılırken çocuğu tutma
- e. Soğuk uygulama yapma
- f. Yemek yedirme
- g. Öz bakım gereksinimlerini yerine getirme (Banyo yaptırma, diş fırçalama, alt değiştirme vb.)
- h. Yatağını düzeltme
- i. Diğer

18. Yaptığınız bu uygulamalardan hangilerine katılmaktan memnunsunuz? (*birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.*)

- a. İlaç uygulama
- b. Oksijen verme
- c. Buhar uygulama
- d. Damar yolu açılırken çocuğu tutma
- e. Soğuk uygulama yapma
- f. Yemek yedirme
- g. Öz bakım gereksinimlerini yerine getirme (Banyo yaptırma, diş fırçalama, atl değiştirme vb.)
- h. Yatağını düzeltme
- i. Diğer

19. Yaptığınız bu uygulamalardan hangilerine katılmak istemezsiniz? (*birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.*)

- a. İlaç uygulama
- b. Oksijen verme
- c. Buhar uygulama
- d. Damar yolu açılırken çocuğu tutma
- e. Soğuk uygulama yapma
- f. Yemek yedirme
- g. Öz bakım gereksinimlerini yerine getirme (Banyo yaptırma, diş fırçalama, alt değiştirme vb.)
- h. Yatağını düzeltme
- i. Diğer

EK 2- Aile Merkezli Bakım Ölçeği

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

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

EK 3- Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ebeveyn)

Sayın ebeveyn,

Aile merkezli bakım anlayışı; sağlık ve iyilik halinin sağlanmasında ailelerin önemli rolü olduğunu kabul eden bir bakım felsefesi olup sağlık bakımında planlama, uygulama, değerlendirme sürecinde ebeveynlerin katılımını güçlendirmektedir. Aile merkezli bakım modelinin çocuk kliniklerinde halen etkin bir şekilde uygulanabilmesi için mevcut durumun belirlenmesi gerekmektedir.

Bu çalışma, pediatri servislerinde uygulanan aile merkezli bakım modelinin sizler tarafından değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışmaya katılıp katılmamanız konusunda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Bu çalışmada kayıtlar yasaların öngördüğü şekilde ve araştırmacı tarafından toplanacak, veriler güvenli bir şekilde saklanacaktır.

İlginizden ve desteğinizden dolayı teşekkür ederiz.

Fatma Gül ÖZCAN
Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

Danışman
Yrd. Doç. Dr. GÜLZADE UYSAL
Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Öğretim Üyesi

Yukarıda, araştırma ile ilgili metni okudum. Araştırmaya katılmama hakkı ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğumu biliyorum. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Ad, Soyadı:

İmza:

EK 4- Ölçek Kullanım İzni

Sayın Deniz Hocam,

Okan Üniversitesinde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları anabilim dalında yüksek lisans yapmaktayım. Tezim için geçerlik ve güvenilirliğini yaptığınız aile merkezli bakım ölçeğini kullanarak bir çalışma yapmayı düşünmekteyim. Bunun için ölçeğin bir örneğini ve izninizi rica etmekteyim.
İyi çalışmalar.

Fatma Gül ÖZCAN
Yüksek Lisans Öğrencisi
Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Hemşire
Şişli Hamidiye Etfal E.A.H
Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

fatozcan@stu.oka.edu.tr/Fatmagul.Ozcan@sislietfal.gov.tr/fatma_gul_ozcan@hotmail.com

Kişiler (2)


Deniz Altıparmak
deniz73aslan@hotmail.com

[Ayrıntıları göster](#)



Deniz Altıparmak <deniz73aslan@hotmail.com>

Alıcı: bana 

 2.05.2016 



Merhaba Fatma Gül Hanım
Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim

S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
Öğr. Gör. Deniz Altıparmak

EK 5- Okan Üniversitesi Etik Kurul Onayı

Toplantı Sayısı:76

Okan Üniversitesi
Etik Kurulu

"Kurul Kararları"

Toplantı Tarihi: 06.06.2016

Toplantıya Katılanlar:


Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy	(Başkan)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye) (Katılmadı)
Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkcı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nurdan Okur	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 06.06.2016 tarihinde Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy'un Başkanlığında toplandı ve çoğunluk mevcut olduğundan gündeme geçildi.


Yapılan görüşmeler sonucunda;


14- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden Fatma Gül ÖZCAN'ın "Pediatri Servislerinde Uygulanan Aile Merkezli Bakım Modelinin Çocukların Ebeveynleri Tarafından Değerlendirilmesi" başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,

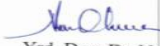
Karar 14. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden **Fatma Gül ÖZCAN'ın "Pediatri Servislerinde Uygulanan Aile Merkezli Bakım Modelinin Çocukların Ebeveynleri Tarafından Değerlendirilmesi"** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy
(Başkan)

Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye-Katılmadı)


Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkcı
(Üye)


Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan
(Üye)


Yrd. Doç. Dr. Nurdan Okur
(Üye)

EK 6- Kurum İzin Yazısı

Vrak Tarih ve Sayısı: UZ/08/2016-44022



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 97175836-770-
Konu : Araştırma İzni (Fatma Gül ÖZCAN)

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ŞİŞLİ HAMİDİYE ETİFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri İnstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Fatma Gül ÖZCAN'ın, Yrd.Doç.Dr.Gülzade UYSAL danışmanlığında "Pediatri Servisinde Uygulanan Aile Merkezli Bakım Modelinin Çocukların Ebeveynleri Tarafından Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını Kurumunuzda yapabilmesi uygun görülmüştür. Araştırmanın yapılması sırasında gerekli hassasiyetin gösterilmesi hususunda; Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr. Aşkın AYVAZ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER :
Araştırma Başvuru Belgeleri (18 Sayfa)

Fulya Mah. Mehmetçik Cad. No:63 Şişli/İstanbul
Telefon:0 212 386 13 30 / 2047 Faks:0212 386 13 31
e-Posta: cemilesavci@beyoglubirlik.gov.tr
Elektronik imzalı suretine: <http://ebys.beyoglubirlik.gov.tr/envision/Dogrula/AM48RR0> erişebilirsiniz.

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Cemile SAVCI
Eğitim, Araştırma ve Geliştirme

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı:	FATMA GÜL	Soyadı:	TAMER
Doğum Yeri:	HATAY	Doğum Tarihi:	19.09.1989
Uyruğu:	T.C.	Tel:	
Email:	fatma_gul_ozcan@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Doktora:	-	-
Yüksek Lisans:	Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı	2017
Lisans	Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2011
Lise	Selim Nevzat Şahin Anadolu Lisesi	2007

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl – Yıl)
Hemşire	Özel Memorial Hastanesi	2011 (6 ay)
Hemşire	Şişli Hamidiye Etfal E.A.H. (Yenidoğan yoğun Bakım/ Çocuk Yoğun Bakım)	2011-2017
Hemşire	Hatay Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Eğitim AR-GE Birimi	2017-Halen

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS / ÜDS YDS Puanı	(Diğer) Puanı