T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇOCUKLARI CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN EBEVEYNLERİN AİLE MERKEZLİ BAKIM ALGISININ BELİRLENMESİ

Büşra ÇAKIR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Şerife KURŞUN

KONYA-2021

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇOCUKLARI CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN EBEVEYNLERİN AİLE MERKEZLİ BAKIM ALGISININ BELİRLENMESİ

Büşra ÇAKIR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Şerife KURŞUN

KONYA-2021

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimini benimle paylaşan, sabır ve anlayışıyla bu süreçte büyük emeği olan danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Şerife KURŞUN'a,

Çalışmam boyunca benden desteklerini esirgemeyen çalışma arkadaşlarıma,

Kliniklerde veri toplama aşamasında destek olan tüm meslektaşlarıma,

Beni her zaman destekleyen, hep yanımda olan aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Büşra ÇAKIR

2021, Konya

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR v

ÖZET vi

SUMMARY vii

1. GİRİŞ 1

1.1. Araştırmanın Amacı 3

1.2. Araştırma Soruları 3

1.3. Aile Merkezli Bakım Kavramı ve Amacı 3

1.4. Aile Merkezli Bakımın Tarihsel Gelişimi 5

1.5. Aile Merkezli Bakımın Temel Kavramları 8

1.7. Aile Merkezli Bakım Modelinin Çocuk Açısından İncelenmesi 9

1.8. Aile Merkezli Bakım Modelinin Ebeveyn Açısından İncelenmesi 10

1.9. Pediatrik Cerrahi Kliniklerinde Aile Merkezli Bakımın Uygulanması 11

1.9.1. Ameliyat Öncesi Dönem 12

1.9.2. Ameliyat Sırası Dönem 14

1.9.3. Ameliyat Sonrası Dönem 14

1.10. Aile Merkezli Bakım Uygulamalarında Karşılaşılan Sorunlar 15

1.11. Aile Merkezli Bakım Uygulamalarında Hemşirenin Rolü 16

2. GEREÇ VE YÖNTEM 20

2.1. Araştırmanın Türü 20

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler 20

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 20

2.3.1. Araştırmanın Evreni 20

2.3.2. Araştırmanın Örneklemi ve Örnek Seçimi 21

2.4. Veri Toplama Araçları ve Tekniği.....21
2.4.1. Veri Toplama Araçları.....21
2.4.2. Verilerin Toplanması.....23
2.5. Araştırmanın Değişkenleri.....23
2.5.1. Bağımlı Değişkenler.....23
2.5.2. Bağımsız Değişkenler.....23
2.5.3. Tanımlayıcı Değişkenler.....24
2.6. Verilerin Analizi.....25
2.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....25
2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....26
3. BULGULAR.....27
3.1. Çocukların ve Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....27
3.1.1. Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....27
3.1.2. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....30
3.2. Ebeveynlerin AMBDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamasına İlişkin Bulgular.....33
3.3. Çocukların ve Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre AMBDÖ Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....34
3.3.1. Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre AMBDÖ Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....34
3.3.2. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre AMBDÖ Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....38
3.4. Ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Algısını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular.....44
4. TARTIŞMA.....46

4.1. Hastanede Yatış Döneminde Ebeveynlerin Çocuğun Tedavi-Bakım Sürecine Katılma Durumları ve Ebeveynlere Klinikte Sunulan Aile Merkezli Bakım Öğelerine İlişkin Bulguların Tartışılması 46

4.1.1. Ebeveynlerin Çocuğun Tedavi-Bakım Sürecine Katılma Durumları ve Katıldıkları Uygulamaların Tartışılması 46

4.1.2. Ebeveynlere Klinikte Sunulan Aile Merkezli Bakım Öğelerine İlişkin Bulguların Tartışılması 49

4.2. AMBDÖ Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması 50

4.3. Çocuk ve Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre AMBDÖ Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 52

4.3.1. Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre AMBDÖ Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puan Ortalamalarının Tartışılması 52

4.3.2. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre AMBDÖ Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puan Ortalamalarının Tartışılması 54

4.4. Ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Algısını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması 57

5. SONUÇ VE ÖNERİLER 59

5.1. Sonuçlar 59

5.2. Öneriler 60

6. KAYNAKLAR 62

7. EKLER 68

8. TURNİTİN RAPORU 78

SİMGELER VE KISALTMALAR

AAP : Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics)

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

AMB : Aile Merkezli Bakım

AMBDÖ : Aile Merkezli Bakımı Değerlendirme Ölçeği

IPFCC : Hasta ve Aile Merkezli Bakım Enstitüsü (Institute for Patient and Family-Centered Care)

ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

"Çocukları Cerrahi Girişim Geçiren Ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Algısının Belirlenmesi"

Büşra Çakır
Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA-2021

Bu çalışma, çocukları cerrahi girişim geçiren ebeveynlerin aile merkezli bakım algısını ve bu algıyı etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı-ilişki arayıcı olarak yapıldı. Çalışma, Hacettepe İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi'nin çocuk cerrahi kliniklerinde cerrahi girişim geçiren çocukların ebeveynleri ile gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklem büyüklüğü 191 olarak belirlendi. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu ve Aile Merkezli Bakımı Değerlendirme Ölçeği (AMBDÖ) kullanıldı. Veriler; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum) [IQR] olarak özetlendi. Verilerin analizinde; Mann-Whitney U, Kruskal Wallis ve regresyon analizi kullanıldı.

Ebeveynlerin AMBDÖ alt boyutlarından aldığı puan ortalamalarının sırasıyla destek alt boyut için 38,4±7,7, iş birliği alt boyutu için 33,9±6,8, saygı alt boyutu için 12,9±2,7 ve toplam ölçek için 85,2±15,8 olduğu belirlendi. Ölçeğin destek alt boyut puanının hastanede yatılan gün sayısı, ebeveynin yaşı, ebeveynin çocuk sayısı ve ebeveynin şu an hastanede yatan çocuğunun bakımına katılma durumu, iş birliği alt boyut puanının çocuğun daha önce ameliyat olma durumu ve ebeveynin çocuk sayısı, saygı alt boyutunun çocuğun daha önce hastaneye yatma durumu, çocuğun daha önce ameliyat olma durumu, ebeveynin çocuk sayısı ve ebeveynin daha önce çocuğuna/ çocuklarına hastanede refakat etme durumu, ölçek toplam puanının ise ebeveynin yaşı ve ebeveynin çocuk sayısı değişkenlerinden etkilendiği belirlendi ($p<0,05$). AMBDÖ toplam puanına etki eden faktörlerin ise ebeveynin çocuk sayısı ve tıbbi işlem sırasında çocuğunun yanında bulunmasına izin verilme durumu olduğu saptandı.

Sonuç olarak çocukları cerrahi girişim geçiren ebeveynlerin AMBDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamasının yüksek olduğu belirlendi. Ebeveynlerin aile merkezli bakım algısının çocuk ve ebeveynlere ait bazı özelliklerden etkilendiği görüldü.

Anahtar Sözcükler: Aile merkezli bakım; cerrahi girişim; çocuk; ebeveyn katılımı

SUMMARY

REPUBLIC OF TURKEY

SELCUK UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUE

“Determining the Perception of Family-Centered Care of Parents whose Children Had Surgical Intervention”

Büşra Çakır

Department of Nursing

MASTER THESIS/KONYA-2021

This study was conducted as a descriptive-relationship searcher to determine the perception of family-centered care and the factors affecting this perception of parents whose children had undergone surgical intervention. The study was carried out with the parents of children who underwent surgery in the pediatric surgery clinics of Hacettepe İhsan Doğramacı Children's Hospital. The sample size of the study was determined as 191. Introductory Information Form and Family Centered Care Evaluation Scale (AMBDÖ) were used to collect data. Data; summarized as number, percentage, mean, standard deviation, and median (minimum-maximum) [IQR]. In the analysis of data; Mann-Whitney U, Kruskal Wallis and regression analysis were used.

It was determined respectively that the mean scores of the parents from the sub-dimensions of AMBDÖ were 38.4±7.7 for the support sub-dimension, 33.9±6.8 for the cooperation sub-dimension and 12.9±2.7 for the respect sub-dimension, for the total scale, it was determined to be 85.2±15.8. It was determined that the support sub-dimension score of the scale was affected by the number of days in hospital, the age of the parent, the number of children of the parent and the parent's participation in the care of their child who is currently hospitalized. It was determined that the cooperation sub-dimension score of the scale was affected by the child's previous surgery status and the parent's number of children. It was determined that the respect sub-dimension of the scale was affected by the variables of the child's previous hospitalization status, the child's previous surgery, the number of children of the parents, parent accompanying their child(s) in the hospital in the past. It was determined that the total score of the scale was affected by the age of the parent and the number of children of the parent ($p<0,05$). It was determined that the factors affecting the total score of AMBDÖ were the number of children of the parents and the status of being allowed to be with their child during the medical procedure.

As a result, it was determined that parents whose children had undergone surgical intervention had a high mean score in the AMBDÖ sub-dimension and total score. It was observed that parents' perception of family-centered care was affected by some characteristics of the child and parents.

Key Words: Family-centered care; surgical intervention; child; parent involvement

1. GİRİŞ

Sağlık personelinin çocuk adına temel karar verici olduğu, ailesi olmadan çocuğa daha iyi bakım verileceği düşüncesinin hâkim olduğu yirminci yüzyılın başlarında (Aldem ve Geçkil 2019), çocukların bakımı tedavi odaklı olup, çocuk hastaneye yatma sürecinde ailesinden ayrılmaktaydı (Özkan ve Taş Arslan 2018). 1970 ve 1980'li yıllardan itibaren annelerin çocuğun bakımındaki öneminin, anne yoksunluğunun iyileşmeyi geciktirdiğinin, çocuğun sonraki yaşamında kişiliğini ve ruh sağlığını etkilediğinin belirlenmesiyle birlikte aile merkezli bakım (AMB) modelinin bir gereksinim olduğu ortaya konulmuş ve 1990'lı yıllarda aile merkezli bakım felsefesi benimsenmeye başlanmıştır (Aykanat ve Gözen 2014, Tallon ve ark 2015, Shirazi ve ark 2015, Conk ve ark 2018, Yavaş Çelik 2018). Ailenin, çocuğun hayatındaki önemi konusunda farkındalığın gelişmesi ile birlikte çocuğun hastaneye yatmasının hem çocuk hem de ailesi için stres yaratan bir durum olduğu anlaşılmıştır (Taşdemir ve Yavuz 2008, Boztepe 2009, Jolley ve Shields 2009, Shields ve ark 2012, Tallon ve ark 2015, Foster ve ark 2016, Dur ve ark 2016). Hastanenin çocuk için yabancı bir ortam olması, tanımadığı kişilerin bulunması, çocuğa acı veren işlemlerin yapılması, ailesinden ayrılması, ameliyat, ağrı ve kontrol kaybı yaşaması çocukta anksiyeteye neden olmaktadır (Törüner ve Büyükgönenç 2012). Hastaneye yatan çocuğa gereksinimi olan duygusal desteği sağlaması ve primer bakım veren kişilerle ilişkisine devam edebilmesi için AMB modelinin uygulanması oldukça önemlidir (Boztepe 2009).

Aile Merkezli Bakım, hastanede yatan çocuklar ve aileleri arasındaki ilişkilerin korunmasına duyulan gereksinim nedeniyle ortaya çıkmıştır (Conk ve ark 2018). AMB kavramı ve uygulamaları pediatri hemşireliğinin önemli yapı taşlarından biridir (Harrison 2010). Pediatrik bakım, çocuğun iyilik halini en üst düzeye getirebilmek amacıyla AMB felsefesini kabul eder (Öztürk ve Ayar 2014). Çocuğun yetiştirilmesinde ailenin rolünü kabul eden, saygı duyan, aile bireylerinin güçlerini ve seçimlerini destekleyen, çocuğun hastalık sürecinde normal yaşam örüntülerini geliştiren bakım yaklaşımı olan AMB'nin felsefesinde; ailenin çocuğun yaşamında her zaman var olduğu düşüncesi yer alır (Törüner ve Büyükgönenç 2012). AMB' de amaç; çocuk ve aile arasındaki bağı devam ettirmek, hastaneye yatışın olumsuz etkilerini en aza indirmeye çalışmak, çocuğun bakımında ailenin etkili olmasını sağlamak, ailenin yeterliliğini ve becerilerini artırmak, çocuk ve aileye

gereksinim duyacağı yeni yetenekler kazandırmak, çocuk ve ailesinin anksiyetesini azaltarak iyileşme sürecini hızlandırmaktır (Törüner ve Büyükgönenç 2011, Törüner ve Büyükgönenç 2012, Aykanat ve Gözen 2014, Yavaş Çelik 2018).

Aile Merkezli Bakım ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; Shields ve ark (2012)'nın çalışmasında AMB modelinin çocuk bakımı, ebeveyn memnuniyeti ve maliyetler üzerinde olumlu bir etkisi olduğu gösterilmiştir. Kanser olan çocuklarla yapılan bir çalışmada; AMB'nin kanser olan çocukların ve ebeveynlerin kaygı düzeylerini azaltmada etkili olduğu ortaya koyulmuştur (Günay ve Polat 2014). O'Brien ve ark (2015)'ı yaptıkları çalışmada, yenidoğan ünitesindeki bebeklerin ailelerine eğitim programı hazırlamış ve AMB uygulamıştır. Çalışmada bebeklerin beslenme hızında ve kilo alımında artış olduğu, ailelerinin ise anksiyete düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir. Arabiat ve ark (2018)'nın çalışmasında da ebeveynlerin büyük çoğunluğunun AMB ile ilgili olumlu deneyimleri olduğu, ebeveynlerin çocuklarının bakımında önemli ve değerli olarak görüldüğü bildirilmiştir. Bu çalışmalar doğrultusunda AMB uygulamalarının çocukların ve ailelerinin anksiyete düzeyini azalttığı, ebeveyn memnuniyetini artırdığı, hastanede yatış sürecine uyum sağlamalarını desteklediği, daha hızlı bir iyileşme dönemi sağladığı görülmektedir (Boztepe 2009, Shields ve ark 2012, Günay ve Polat 2014, O'Brien ve ark 2015).

Pediatrik cerrahide de AMB yaklaşımı oldukça önemlidir (Taşdemir ve Yavuz 2008). Cerrahi girişim, insan yaşamında meydana gelen en stresli olaylardan biri olarak belirtilmektedir (Sheyback ve ark 2018). Pediatrik cerrahi hemşireliğinde aile merkezli bakım modelinin amacı çocuk ve ailesinin ameliyat öncesi ve sonrası dönemle ilgili korkularını azaltmak, onları ameliyatla baş etme konusunda desteklemektir (Taşdemir ve Yavuz 2008, Conk ve ark 2018). Cerrahi sürece ilişkin ebeveynlerin anksiyete düzeylerinin yüksek olması çocuğa yansıyarak çocuklarda olumsuz sonuçlara yol açması nedeniyle ameliyat öncesi dönemde ebeveynlerin cerrahi, anestezi ve ameliyat sonrası bakım hakkında bilgilendirilmesi önemlidir (Yılmaz 2016). Ameliyat sonrası dönemde ise aileye destek olunmalı, aile hasta bakımına dahil edilmeli, yapılan uygulamalar hakkında bilgilendirilerek taburculuk eğitimine dahil edilmelidir (Taşdemir ve Yavuz 2008, Yıldız Fındık 2016).

Aile merkezli bakıma yönelik Türkiye'de yapılan çalışmalarda; ebeveynlerin çocukları ile beraber hastanede kalmalarına ilişkin, çocuklarının hastalığı konusunda bilgi alma, bakıma ve tedavi ile ilgili kararlara katılma durumları açısından standart

bir uygulamanın olmadığı, hastanelerdeki uygulamalar arasında farklılıklar olduğu, ebeveynlerin daha çok çocuklarının fiziksel gereksinimlerini karşılamaya yönelik uygulama sürecinde yer aldığı belirlenmiştir (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009, Tosun ve Güdücü Tüfekci 2015). Ulusal literatüre bakıldığında AMB ile ilgili yapılan çalışmaların daha çok kronik hastalıklar (Çatalbaş ve ark 2015), kanser (Günay ve Polat 2014, Günay ve Polat 2017) ve yoğun bakıma (Çağlar ve ark 2019, Seval ve Kurt 2020) odaklandığı, cerrahi girişim geçiren çocukların ebeveynlerine yönelik çalışma olmadığı görülmüştür. Pediatrik cerrahi servislerinde aile merkezli yaklaşımın uygulanması ameliyat öncesi, sırası ve sonrası çocuk ve ailenin yaşadığı anksiyetenin azaltılması ve iyileşme sürecinin hızlandırılması açısından önemlidir (Akgün Kostak ve Kocaaslan 2019). Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar literatüre çocukları cerrahi girişim geçiren ebeveynlerin AMB algısı hakkında kanıt temelli veri oluşturulmasına katkı sağlayacaktır. Çalışmanın aynı zamanda aile merkezli bakım uygulamalarının yaygınlaştırılmasına katkı sağlayacağı ve hemşirelik bakımının planlanmasına yön göstereceği düşünülmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma; çocukları cerrahi girişim geçiren ebeveynlerin aile merkezli bakım algısını ve bu algıyı etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

1.2. Araştırma Soruları

1. Ebeveynlerin aile merkezli bakımı algılama düzeyi nedir?
2. Ebeveynlerin aile merkezli bakım algısı çocuklarının ve kendilerinin sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?
3. Ebeveynlerin aile merkezli bakım algısı çocuklarının sağlık/hastalık özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?
4. Ebeveynlerin aile merkezli bakım algısı önceki ve şimdiki hastane deneyimlerine göre farklılık göstermekte midir?
5. Ebeveynlerin aile merkezli bakım algısını etkileyen faktörler nelerdir?

1.3. Aile Merkezli Bakım Kavramı ve Amacı

Çocuk, aile içinde yetişir, bilinçlenir ve topluma hazırlanır. Çocuğun bedensel, zihinsel, fizyolojik ve psikolojik olarak sağlıklı bir birey olarak yetişmesinde ve davranışlarının şekillenmesinde ailenin rolü büyüktür (İşler ve Conk 2006). Hastaneye yatan çocuğa ihtiyacı olan duygusal desteği sağlamak için aile

üyeleriyle ilişkisinin, kesintiye uğramadan hastane ortamında da devam ettirilmesi gerekir. Bu da AMB uygulamalarıyla mümkün kılınabilir (İşler ve Conk 2006, Boztepe 2009, Boztepe ve Çavuşoğlu 2009, Conk ve ark 2018, Çavuşoğlu 2018).

Çocuk sağlığı hemşireliğinde AMB; çocuk ve ailenin fiziksel, duygusal, sosyal, kültürel, entelektüel ve spiritüel yönlerden bir bütün olarak ele alındığı holistik/bütüncül bakım yaklaşımlarını içeren bir kavramdır (Törüner ve Büyükgönenç 2012). Hasta ve Aile Merkezli Bakım Enstitüsü (Institute for Patient and Family-Centered Care: IPFCC) AMB'yi; sağlık personeli, hastalar ve aileler arasında sağlık hizmetlerinin planlanması, sunulması ve değerlendirilmesine yönelik karşılıklı yarar sağlayan ortaklıklara dayanan bir yaklaşım olarak tanımlamıştır (IPFCC 2012). Başka bir tanıma göre AMB; çocuğun yetiştirilmesinde ailenin rolünü kabul eden, saygı duyan, aile bireylerinin güçlerini ve seçimlerini destekleyen, çocuğun hastalık sürecinde normal yaşam örüntülerini geliştiren bakım yaklaşımıdır (Törüner ve Büyükgönenç 2012). 21. yüzyılda pediatri hemşireliğinin temel felsefesi olarak benimsenen AMB, hastanede çocuk ve ebeveynlerin ihtiyaç ve beklentilerini en iyi biçimde karşılayan bakım modelidir (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009, Butler ve ark 2014, Öztürk ve Ayar 2014, Çavuşoğlu 2018). Pediatrik bakım, çocuğun iyilik halini en iyi seviyeye getirebilmek için AMB modelini kabul etmiştir (Öztürk ve Ayar 2014). AMB modeli çok yönlü olduğundan giderek daha fazla benimsenerek farklı sağlık kurumlarında; farklı hasta, yaş ve popülasyonunda uygulanabilmektedir (Shields 2010, Yılmaz ve Gözen 2019).

Ebeveynlerin hastanede yatan çocuğun bakımına aktif şekilde katılması AMB yaklaşımının temel yapısını oluşturur (Boztepe ve ark 2019). Bu yaklaşımda; aile çocuğun hayatının değişmez bir parçası olarak görüldüğünden, bakım sadece çocuk değil tüm aile çevresinde planlanır ve tüm aile üyeleri bakım alıcısı olarak kabul edilir (Jolley ve Shields 2009, Shields 2010, Shields 2011, Shields ve ark 2012, Törüner ve Büyükgönenç 2012, Öztürk ve Ayar 2014, Feeg ve ark 2016, Günay ve Polat 2017, Conk ve ark 2018, Uniacke ve ark 2018). AMB'de, ailelerin bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi aşamalarına dâhil edilmesi, hastalığın tedavisi ve ilgili diğer sağlık hizmetleri süreçlerinde aile ile işbirliğinin sağlanması ve ailenin çocuğun bakımında sağlık personelleri kadar söz sahibi olduğunun kabul edilmesi öngörülmektedir (Jolley ve Shields 2009, Boztepe 2009, Boztepe ve Çavuşoğlu 2009, Harrison 2010, Shields 2010, Cockcroft 2012, Coyne 2013, Watt ve

ark 2013, Butler 2014, Öztürk ve Ayar 2014, Boztepe ve Kerimoğlu Yıldız 2017, Arabiat ve ark 2018, Çavuşoğlu 2018, Conk ve ark 2018, Smith 2018). Bu bağlamda AMB modeli, ailenin çocuğun bakımına entegrasyonunun sağlandığı en iyi uygulamadır (Öztürk ve Ayar 2014). Aile merkezli bakım uygulamaları çocuk yoğun bakım ünitesi ve cerrahi kliniklerde sık kullanılmakla birlikte birinci basamak sağlık bakımı, acil bakım, evde bakım ve kronik bakımda da kullanılmaktadır (Yılmaz ve Gözen 2019).

Bu kapsamda AMB'nin amaçları; ailelerin sağlık personelleri ile sağlıklı bir ilişki kurmasını sağlamak, çocuk ve aile arasındaki bağı devam ettirmek, çocuğun hastanede kendini güvende hissetmesini sağlamak, çocuğun anksiyetesini azaltmak, aile ile işbirliği yapmak, hastaneye yatışın olumsuz etkilerini en aza indirmeye çalışmak, ailenin çocuk ile ilgili alınacak kararlara ilişkin görüşlerini almak, çocuğun bakımında ailenin etkili olmasını sağlamak, çocuklar ve ailelerin güçlü yanlarını ortaya çıkarmak, hasta, aile ve personel memnuniyetini artırarak bakım sonuçlarını iyileştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmektir (Eras ve ark 2011, Johnson ve Abraham 2012, Aykanat ve Gözen 2014, Öztürk ve Ayar 2014, Günay ve Polat 2017, Çavuşoğlu 2018, Smith 2018).

1.4. Aile Merkezli Bakımın Tarihsel Gelişimi

Hasta çocukların yetişkin hastalardan farklı ve özel bakım gerektirdiğinin kabul edilmesi üzerine 19. yüzyılda, dünyanın çeşitli yerlerinde çocuk hastaneleri kurulmaya başlanmıştır (Boztepe 2009, Davies 2010, Smiht 2018). Bu hastanelerde başlangıçta, annelerin hasta çocuklarının yanında refakat etmelerine izin verilmiştir. Ancak sonraki yıllarda, yaygın olan kızamık, tifüs ve difteri gibi enfeksiyonların hastane ortamında yayılması korkusuyla sıkı izolasyon önlemleri alınarak ailelerinin çocuklarını ziyaret etmesi yasaklanmıştır (Boztepe 2009, Davies 2010, Frazier ve ark 2010, Harrison 2010, Smiht 2018). Çocuklarını ziyaret etmesine izin verilen aileler ise haftada 30 ila 60 dakika ile sınırlı olacak şekilde çocuklarını ziyaret edebilmiştir (Jolley ve Shields 2009, Smith 2018). Yüzyılı aşkın bir süredir, hastanede yatan çocuk hastalarda bu bakım modeli uygulanmada kalmaya devam etmiştir (Davies 2010).

Sağlık personelinin çocuk için temel karar verici olduğu, ailesi olmadan çocuğa daha iyi bakım verileceği düşüncesinin hâkim olduğu 20. yüzyılın başlarında

ise (Jolley ve Shields 2009, Boztepe 2009, Shields 2010, Aykanat ve Gözen 2014), çocukların bakımı tedavi odaklı olup, çocuk hastaneye yatma sürecinde ailesinden ayrılmıştır (Özkan ve Taş Arslan 2018, Yavaş Çelik 2018). Ayrıca II. Dünya Savaşı sırasında enfeksiyon hastalıklarının artış göstermesi nedeniyle, hastanelerde salgınlara karşı önlemler alınarak bulaşıcı hastalıkların yayılmasını engellemek amacıyla ailelerin ziyareti daha fazla sınırlandırılmıştır (Jolley ve Shields 2009, Aykanat ve Gözen 2014). 1950'li yıllarda uygulanan geleneksel modelin çocuklar üzerinde oluşturduğu etkileri inceleyen iki İngiliz kuramcı John Bowlby ve James Robertson, aileden ayrılmanın çocukta stres ve travma yarattığını, bu çocukların şiddete eğilim gösterdiğini ortaya koymuştur (Shields ve Tanner 2004, Jolley ve Shields 2009, Shields 2010, Foster ve ark 2010, Smith 2018). Dr. Bowlby' nin en önemli kitabı, *Anne Bakımı ve Akıl Sağlığı* (1951), anneden etkilenmekten yoksun bırakılan çocukların uzun dönem ruh sağlığı etkilerini ve uyum güçlüğünü açıklamaktadır (Smith 2018). Dr. Bowlby ve Robertson yaptıkları çalışmalar sonucunda "Hastanede Yatan Çocuklar İçin Anne Bakımı" organizasyonunun oluşmasını sağlamışlardır. Bu organizasyon, ailelerin ve hastaneye yatırılan çocukların hakları için kampanya yürüten bir kurum olan "Ulusal Hastanede Yatan Çocukların Refahı Birliği"ne dönüşmüştür. (Shields ve Tanner 2004). Ayrıca pediatri hemşiresi Florence Blake (1954)'in çocuğun hem fiziksel hem de zihinsel sağlık sorunlarına uyum sağlama yeteneğini etkileyen faktörleri açıkladığı kitabında, çocukların sağlık bakımıyla ilgili karar alma sürecinde aile ve hemşirelerin işbirliği içinde olmasının yararı ve hastanelerde sıcak bir bakım ortamının oluşturulması konularından bahsedilmiştir (İşler ve Conk 2006, Yılmaz ve Gözen 2019). Blake, aynı zamanda çocuğun hastanede yalnız kalmasının getirdiği olumsuz sonuçları ortaya koyan ilk araştırmacı hemşiredir (Aykanat ve Gözen 2014). Bowlby ve Robertson'ın araştırmalarından elde edilen kanıtlar, 1959'da İngiltere'de Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı 55 öneriden oluşan Platt Raporu'nun hazırlanmasına katkı sağlamıştır (Shields ve Tanner 2004, Boztepe 2009, Shields 2010, Foster ve ark 2010, Öztürk ve Ayar 2014). Bu rapor; hastanede yatan çocukların ebeveynleri için ziyaretin sınırlı olmaması, ebeveynlerin çocuklarıyla birlikte kalmasına izin verilmesi, oyun aktivitelerinin yapılmasına imkân sağlanması, hastane okullarının açılması, çocuk ve ailelerinin duygusal gereksinimleri konusunda bakım ve tedavisinde yer alacak personelin eğitimini içermektedir (Shields ve Tanner 2004, Boztepe 2009, Kuo ve ark 2012, Öztürk ve Ayar 2014, Çavuşoğlu 2018, Smith

2018). Benzer şekilde, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) 'nde, New York Şehri Çocukları Komitesi (The Citizens Committee on Children of New York City), aile ziyaretini teşvik ederek hastaneleri çocuk dostu olmaya teşvik etmiştir. Komitenin önerileri başlangıçta hemşirelik ve tıp disiplinleri tarafından garipsense de aile merkezli bakım hem hemşirelik hem de tıbbi uygulamanın temel taşı olarak yavaş yavaş uygulamaya dahil olmuştur (Jolley ve Shields 2009, Smith 2018). Bu uygulamalarla birlikte AMB kavramı gelişmeye başlamıştır (Kuo ve ark 2012).

Sağlık personelleri tarafından 1960'lı yıllara kadar hastaneye çocukların ebeveynleriyle beraber kabul edilmemesi gerektiği savunulsa da, 1970 ve 1980'li yıllardan itibaren çocuğun hastaneye yatmasının, hem çocuk hem de ailesi için stres yaratan bir durum olduğunun, annenin çocuğun bakımında önemli bir rolü olduğunun, çocuğun yanında anne olmadığında çocuktaki iyileşme sürecinin uzadığının ve bu durumun çocuğun sonraki yaşamında kişilik özelliklerini ve ruh sağlığını etkilediğinin belirlenmesiyle aile merkezli bakım modelinin gerekliliği ortaya konmuştur (Taşdemir ve Yavuz 2008, Boztepe 2009, Jolley ve Shields 2009, Harrison 2010, Shields ve ark 2012, Kuo ve ark 2012, Tallon ve ark 2015, Shirazi ve ark 2015, Foster ve ark 2016, Conk ve ark 2018, Yavaş Çelik 2018). 1978 yılından sonra ise çocuğun bakımında anne ile işbirliği modeli benimsenerek anneler çocuklarına bakım verme ile ilgili desteklenmeye başlamış ve ailelerin çocukların bakımına katılımı hız kazanmıştır (Boztepe 2009, Yavaş Çelik 2018, Conk ve ark 2018). Türkiye'de ebeveynlerin hastanede çocuklarına refakat etmesi ve bakımına katılması 1980'li yılların sonlarına doğru başlamıştır (Cimete ve ark 2018). Bakım anlayışındaki bu gelişmeler, 1990'lı yıllarda devam ederek aile merkezli bakım felsefesinin benimsenmesini sağlamıştır (Boztepe 2009, Jolley ve Shields 2009, Aykanat ve Gözen 2014, Conk ve ark 2018).

ABD'de 1992 yılında Sağlık Hizmeti sağlayıcılarına çok sayıda kaynak sağlayan, IPFCC kurulmuştur. Bu kurum 2010 yılında Hastane ve Aile Merkezli Bakım Enstitü olarak yeniden adlandırılmıştır. Amacı; hastalar, aileler ve sağlık profesyonelleri arasındaki ilişkileri güçlendirerek, saygınlık, bilgi paylaşımı, iş birliği kavramlarını tedavi ve bakıma entegre etmektir (IPFCC 2012, Eichner ve ark 2012, Foster ve ark 2013, Yılmaz ve Gözen 2019). Ayrıca Birleşmiş Milletler 1994 yılını "Uluslararası Aile Yılı" olarak ilan etmiştir. 2002 yılında ise Uluslararası Hemşirelik

Konseyi Uluslararası Hemşirelik Günü temasını "Hemşireler daima yanınızdadır: Aileler için bakım" olarak belirlediğini bildirmiştir (Hallaç ve Öz 2014).

1.5. Aile Merkezli Bakımın Temel Kavramları

IPFCC'nin tanımına göre AMB dört temel kavramdan oluşmaktadır (Johnson ve Abraham 2012). Bunlar;

- *İtibar ve saygı:* Sağlık çalışanları ailelerin değerlerine, bakış açılarına, inançlarına, kültürel geçmişlerinden kaynaklanan tercih ve görüşlerine saygı duyar ve bunları bakım planına dahil eder.

- *Bilgi paylaşımı:* Sağlık çalışanları hastaları ile ilgili bilgi ve gelişmeleri aileler ile doğru, tam, düzenli ve tarafsız olarak paylaşır.

- *Ailenin bakıma katılması:* Aileler kendi seçimleri ve istekleri düzeyinde hastalarının bakımına dahil edilmeye ve onlarla ilgili karar vermeye cesaretlendirilir.

- *Aile ile iş birliği:* Aile ve sağlık çalışanları verilen bakım ve tedavinin revizyonunda, sağlık politikası geliştirme, uygulama ve değerlendirmede iş birliği içinde hareket eder (Erdeve 2009, Harrison 2010, Frazier ve ark 2010, Kuo ve ark 2011, Johnson ve Abraham 2012, Törüner ve Büyükgönenç 2012, Öztürk ve Ayar 2014, Lindly ve ark 2017, Smith 2018, Conk ve ark 2018, Arabiat ve ark 2018).

1.6. Aile Merkezli Bakımın İlkeleri

Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics-AAP) AMB'ye yönelik ilkeler geliştirmiştir (AAP Committee on Hospital Care, 2003). Bu ilkeler şunlardır:

- Her çocuğa ve ailesine saygı duymak,

- Ailelerin ırk, etnik, kültürel ve sosyoekonomik farklılıklarını kabul etmek, bu farklılıkların ailelerin deneyimlerinin ve çocuğun bakım algısı üzerinde etkisi olacağını bilmek ve bunları hasta ve aile tercihlerine uygun olarak sağlık bakımının planlanması ve sunumuna dâhil etmek,

- Çocuğun ve ailenin güçlü yönlerini tanımak, geliştirmek ve farklı baş etme yöntemlerine saygı duymak,

- Bakım ve destek yaklaşımlarıyla ilgili çocuk ve ailenin seçimini destekleyerek onlara yol göstermek,

- Sağlık hizmetlerini ve programlarını çocuk ve ailenin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde düzenlemeye yardımcı olmak,

- Çocuğun sağlığına ilişkin bilgileri ebeveynleriyle sürekli, eksiksiz ve tarafsız olarak paylaşmak,

- Gebelik, doğum, bebeklik, çocukluk, ergenlik ve genç erişkinlik dönemlerinde çocuk ve ebeveynleri için resmi ya da resmi olmayan (örn. aileler arası destek) destek sağlamak ya da bunlara erişimi kolaylaştırmak,

- Sağlık hizmetinin her düzeyinde çocuğun bireysel bakımında ve sağlık personellerinin mesleki eğitiminde, bakımla ilgili politikalar oluşturmak ve program geliştirme konusunda ailelerle işbirliği yapmak,

- Her çocuğu ve ailesini kendi güçlü yönlerini keşfetmeleri, özgüvenini geliştirmesi ve sağlıklarına ilişkin seçim yapıp karar vermeleri için güçlendirmektir (AAP Committee on Hospital Care 2003, Boztepe 2009, Boztepe ve Çavuşoğlu 2009, Shields 2011, Atay ve ark 2011, Eichner ve ark 2012, IPFCC 2012, Öztürk ve Ayar 2014, Conk ve ark 2018).

1.7. Aile Merkezli Bakım Modelinin Çocuk Açısından İncelenmesi

Hastaneye yatan çocuklarda; alışılmış ortamın değişmesi, aile üyeleri ve yakınlardan uzaklaşmış olmak, yabancı kişiler ve çocuğa uygulanan acılı-ağrılı işlemler, beden bütünlüğünde bozulma, kontrol kaybı, hareket kısıtlılığı, ağrı gibi hastalık semptomları stres ve anksiyete oluşumuna sebep olmaktadır (Boztepe 2009, Boztepe ve Çavuşoğlu 2009, Atay ve ark 2011, Aykanat ve Gözen 2014, Cimete ve ark 2018, Yılmaz ve Gözen 2019). Hastaneye yatmaya bağlı stres, iyileşmeyi ve gelişim sürecini olumsuz yönde etkileyerek, çocuklarda depresyon, hiperaktivite, regresyon, apati, mutsuzluk, agresyon ve uyku bozukluklarının oluşmasına neden olabilir (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009, Başbakkal ve ark 2010, Atay ve ark 2011). Çocukların anksiyetesini azaltmak ve iyileşme sürecini hızlandırmak için aile merkezli bakım yaklaşımı uygulamaları geliştirilmiştir (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009, Atay ve ark 2011, Aykanat ve Gözen 2014, Öztürk ve Ayar 2014, Tosun ve Güdücü Tüfekci 2015, Yavaş Çelik 2018, Çavuşoğlu 2018).

Hastanede anne-baba desteğinin olmaması çocuğun stres düzeyini arttırır. Ebeveyn varlığı çocuğun fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlığına olumlu yönde etki

ettiğinden ailenin çocuğun yanında kalmasına izin verilmelidir (Boztepe 2009, Başbakkal ve ark 2010, Conk ve ark 2018). Ebeveynlerin çocukla beraber kalması, çocuğa uygulanan ağrılı işlemlerde çocuğun yanında olarak ona destek verebilmesini sağlar (Boztepe 2009). Ebeveynlerin varlığı çocukta ayrılık anksiyetesini azaltarak güven duygusunu artırır (Boztepe 2009, Öztürk ve Ayar 2014, Conk ve ark 2018, Çavuşoğlu 2018). Ebeveynleri yanında olan çocuklar yapılan işlemlere daha iyi uyum gösterir ve bu işlemlerde daha az sorun yaşanır (Boztepe 2009, Conk ve ark 2018). Yenidoğanlarda ise daha az davranışsal stres belirtileri görülür (Boztepe 2009).

Ebeveynin çocuğun bakımına ve çocukla ilgili kararlara katılması, çocuğun tedavisi ve iyileşmesine katkı sağlamaktadır (Çavuşoğlu 2018). Ebeveynleri aktif olarak bakımına katılan çocukların hastaneye uyumu kolaylaşır, daha az ağrı ve uyku sorunu yaşanır, analjezik ihtiyacı azalır, ameliyat sonrası iyileşme hızı artar, taburculuk sonrası görülen davranışsal sorunlar azalır (Boztepe 2009, Öztürk ve Ayar 2014, Aykanat ve Gözen 2014, Çavuşoğlu 2018, Conk ve ark 2018). Aile merkezli bakım ilkeleri doğrultusunda verilen bakım taburculuk süresini ve tekrarlı yatışları azaltarak hasta bakım maliyetini düşürür (Eichner ve ark 2012, Aykanat ve Gözen 2014, Günay ve Polat 2017, Çavuşoğlu 2018). Hastaneye Yatırılan Hasta Çocuk Hakları ve Avrupa Hastanede Yatan Çocuk Hakları Bildirgeleri'nde bulunan maddelerde de hastanede yatan her çocuğun aile merkezli bakım alma hakkından söz edilmektedir (Aykanat ve Gözen 2014).

1.8. Aile Merkezli Bakım Modelinin Ebeveyn Açısından İncelenmesi

Çocuğun hastaneye yatması aile süreçlerini bozan bir durumdur (Yavaş Çelik 2018). Çocuğun bakımında rol değişiminin yaşanması, prognozun belirsizliği, hastanede yatmaya bağlı oluşan ekonomik sorunlar ve evdeki diğer aile fertleri için endişe duymaları ebeveynde stres ve anksiyeteye sebep olabilir (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009, Aykanat ve Gözen 2014, Feeg ve ark 2016, Yavaş Çelik 2018). Aile merkezli bakım, ebeveyn ve sağlık personeli arasında etkili bir iletişim olmasını gerektirir. Etkili iletişimin artması karşılıklı güven duygusunu geliştirir (Boztepe 2009, Conk ve ark 2018). Sağlık personelleriyle yetersiz ve uygun olmayan iletişim ailelerde anksiyete düzeyinin artmasına neden olduğundan, ailelerin çocuklarıyla ilgili soru ve endişelerini sağlık personelleriyle paylaşabilmesi önemlidir (Tosun ve Güdücü Tüfekci 2015, Yılmaz ve Gözen 2019). Çocukla ilgili bilgiler, ebeveynlerle

tarafsız, sürekli ve eksiksiz olarak paylaşılmalıdır (Boztepe 2009, Conk ve ark 2018). Literatürde, çocuğunun durumu hakkında bilgilendirilen ve çocuğuyla ilgili karar verme sürecine katılan annelerin kaygı ve stres seviyesi daha düşük olduğu belirtilmektedir (Boztepe 2009, Törüner ve Büyükgönenç 2012, Öztürk ve Ayar 2014, Aykanat ve Gözen 2014, Günay ve Polat 2017, Yavaş Çelik 2018, Conk ve ark 2018). Yapılan bir çalışmada da aile merkezli bakımın hasta yakınlarının anksiyete düzeyini azalttığı tespit edilmiştir (Davidson ve ark 2017). Kaygı ve stres seviyesinin azalması, ebeveynin çocuğuna daha iyi destek olmasını sağlayarak iyileşme süresinin hızlanmasına katkı sağlar (Boztepe 2009).

Çocuğun bakımına yönelik sorumlulukların önemli bir kısmının sağlık personelleri tarafından gerçekleştirilmesi ebeveynin kontrol kaybı ve yetersizlik hissetmesine neden olabilir (Aykanat ve Gözen 2014, Tosun ve Güdücü Tüfekci 2015, Conk ve ark 2018, Yavaş Çelik 2018, Boztepe ve ark 2019). Aile merkezli bakım, ebeveynin çocuğun bakımına katılarak çocuğu üzerinde kaybettiği kontrol duygusunu tekrar kazanmasını sağlar (Boztepe 2009, Törüner ve Büyükgönenç 2012, Conk ve ark 2018). AMB, ebeveynlerin yeni uzmanlıklar ve beceriler kazanmasını sağlar, var olan becerilerini geliştirir (Aykanat ve Gözen 2014, Conk ve ark 2018). Ebeveynler çocuğun bakımına katılarak iyileşmesine katkı sağladıklarında bakım sürecine daha kolay adapte olarak bakım verici rolünü daha etkili gerçekleştirirler, istekleri ve kendilerine olan güvenleri artar, evde bakım konusunda yapılacak eğitim daha kolay hale gelir (Boztepe 2009, Öztürk ve Ayar 2014, Cimete ve ark 2018, Conk ve ark 2018). Bakımda yeterliliğin sağlanması taburculuk sonrası evde görülebilecek sorunların azalmasını sağlar (Conk ve ark 2018, Çavuşoğlu 2018).

1.9. Pediatrik Cerrahi Kliniklerinde Aile Merkezli Bakımın Uygulanması

AMB kavramı ilk olarak çocuk hastalarda uygulanmış, daha sonra cerrahi hastalar için de kullanılmaya başlanmıştır (Taşdemir ve Yavuz 2008). Cerrahi girişimler acil ya da planlı, küçük veya büyük olsun hasta ve ailesi için olumsuz bir deneyimdir (Yılmaz 2016). Cerrahi girişim, çocuk ve aile bireylerinde stres ve anksiyeteye neden olan bir durumdur (Çiftçi ve ark 2016, Andsoy ve Alsawai 2018). Bu süreçte çocuk ve ailesi yabancı bir ortamda yer alma, uygulanacak anestezi türü, ameliyatın oluşturacağı riskler ve meydana gelebilecek komplikasyonlar, ameliyat sonrası ağrı yaşama korkusu, ameliyat olacak kişinin kaybı, ameliyat sonrası hasta bireye nasıl yardım edeceğini bilememe gibi konularla ilgili endişe ve korku

yaşamaktadır (Taşdemir ve Yavuz 2008, Çiftçi ve ark 2016, Andsoy ve Alsawai 2018). Ailelerin anksiyete düzeyinin yüksek olması çocukla ilgili yapılan açıklamaları doğru şekilde anlama ve yorumlamalarına, çocuğun bakımına katılmalarına ve doğru baş etme stratejisi kullanmalarına engel olabilir (Çiftçi ve ark 2016). Literatürde ebeveynlerin yaşadığı anksiyetenin çocuğun anksiyete düzeyini etkilediği ve ebeveynlerin anksiyetesinin azaltılmasıyla çocukların anksiyetesinin azaltılabileceği vurgulanmıştır (Chorney ve Kain 2010, Çiftçi ve ark 2016, Yılmaz 2016). Aile merkezli cerrahi hemşireliğinin temel amacı çocuk ve ailesinin ameliyat öncesi ve sonrası dönemle ilgili korkularını azaltmak, onları ameliyatla baş etme konusunda desteklemektir (Taşdemir ve Yavuz 2008, Conk ve ark 2018). AMB uygulamalarında ebeveyn ve çocukların kaygısı, aile öyküsü, tıbbi uygulamalar, ebeveyn ve çocukların stresle başa çıkma yöntemleri gibi etmenler dikkate alınmalıdır (Chorney ve Kain 2010). Cerrahi hemşireliği cerrahi girişim geçirecek hastanın ameliyat öncesi, sırası ve sonrası bakımını kapsayan uygulamaları içermektedir (Taşdemir ve Yavuz 2008).

1.9.1. Ameliyat Öncesi Dönem

Ameliyat öncesi dönem ameliyat kararı verildiği zamandan hastaya anestezi verildiği zamana kadar geçen dönemdir (Taşdemir ve Yavuz 2008, Akgün Kostak ve Kocaaslan 2019). Bu dönemde; hasta ve ailesinin sahip olduğu iyilik seviyesine eşit ya da daha iyi koşulların sağlanması için çalışılmalıdır (Taşdemir ve Yavuz 2008). Ameliyat öncesi dönemde uygulanacak hemşirelik girişimleri çocuk ve ebeveynlerini yapılacak girişimlerle ilgili bilgilendirmeye ve çocuğu uygulanacak işlemler için hazırlamaya yönelik olmalıdır (Altay 2008). Çocuğun fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak ameliyata hazırlanması, ameliyatta kullanılacak ekipmanların hazırlanması, çocuğa ameliyat için güvenli pozisyon verilmesi bu dönemde yapılacak olan hemşirelik uygulamalarındandır (Altay 2008, Akgün Kostak ve Kocaaslan 2019).

Ameliyat öncesi dönem çocuklar için stres düzeyinin yüksek olduğu bir dönemdir (Altay 2008). Hastaneye yatmanın yanı sıra cerrahi bir girişiminin yapılacak olması, çocuğun daha fazla stres yaşamasına sebep olmaktadır (Ünver ve Yıldırım 2013). Çocuklarda ameliyat öncesi dönemde strese sebep olan faktörler; vücudunda oluşan olumsuz değişim, bilinmezliğin neden olduğu korku, ebeveynlerinden ayrılarak tanımadığı kişilerin yanında olma, kontrol ve otonomi kaybı yaşaması, ağrı ve rahatsızlık hissi yaşamasıdır (Ünver ve Yıldırım 2013, Fronk

ve Billick 2020). Ameliyat öncesi dönemde anksiyete düzeyinin yüksek olması anestezi ihtiyacının artmasına, anestezi indüksiyonunun gecikmesine, stres hormonlarının salınmasına neden olur, bu durum ameliyat sonrası iyileşmeyi geciktirir (Al-Sagarat ve ark 2017). Yapılan çalışmalarda da ameliyat öncesi anksiyetenin giderilmesinin ameliyat sonrası ağrı, uyku sorunları ve olumsuz davranış değişikliklerinin önlenmesinde etkili olduğu, ameliyat sonrası iyileşmeyi hızlandırdığı tespit edilmiştir (Kain ve ark 2006, Fortier ve ark 2010, Fronk ve Billick 2020). Bu nedenle hastanın stresörlerinin farkında olup gereken destek sağlanmalıdır (Yılmaz 2016).

Ameliyat öncesi hazırlıkta çocukların yaşı ve gelişim düzeyi değerlendirilerek uygun zaman aralığında, çocuğun anlayabileceği şekilde yeterli bilgi verilmeli, çocukla konuşurken açık ifadeler kullanmaya dikkat edilmelidir (Altay 2008). Ameliyat öncesi hazırlıkta çocuk ve ebeveynlere hastane ve ameliyathanenin tanıtılması, çocuklara tansiyon manşonu, steteskop, anestezi maskesi, EKG propları gibi görebilecekleri tıbbi ekipmanların anlatılması gerekir (Altay 2008, Panella 2016, Lin ve ark 2019). Ameliyat öncesi tüm hazırlık evrelerinde ebeveynlerin çocukla birlikte olması sağlanmalıdır (Altay 2008). Ameliyat öncesi çocukların hazırlığında terapötik oyun, resim çizdirme, çizgi film izletme, müzikli oyuncak kullanımı, hikâye kitapları okunması gibi yöntemler kullanılabilir (Altay 2008, Panella 2016, Lin ve ark 2019). Yapılan çalışmalar ameliyat öncesi hazırlık programı alan çocukların daha düşük anksiyete düzeyine sahip olduğunu, anestezi indüksiyonu sırasında daha az olumsuz davranış sergilediğini, ameliyat sonrası daha az analjezik ihtiyaçlarının olduğunu, ebeveynlerinin anksiyete düzeyinin daha düşük olduğunu göstermiştir (Cuzzocrea ve ark 2013, Lin ve ark 2019).

Çocuğun ameliyat için hastaneye yatması ebeveynler için de anksiyeteye neden olan bir durumdur. Ameliyat öncesi dönemde ebeveynlerin iyi hazırlanması çocuğa daha çok yardımcı olabilmelerini sağlar (Altay 2008). Ameliyat öncesi dönemde ebeveynler çocuğun ameliyatıyla ilgili mümkün olduğu kadar fazla bilgiye sahip olmalıdır (Altay 2008, Taşdemir ve Yavuz 2008). Ebeveynlerin anksiyete düzeylerinin yüksek olması çocuğa yansıyarak çocuklarda olumsuz sonuçlara yol açması nedeniyle ameliyat öncesi dönemde ebeveynlerin bilgilendirilmesi önemlidir (Yılmaz 2016). Ebeveynler; ameliyathanenin yeri, bekleme yerleri, işlemin başlama zamanı, işlemin tahmini süresi, verilecek anestezi türü, çocuğun odasına ne zaman

döneceği, ameliyat sonrasında çocukta hangi invaziv girişimlerin olacağı, ameliyat sonrası bakım konularında bilgilendirilmelidir (Taşdemir ve Yavuz 2008, Yılmaz 2016). Ebeveynler sözlü iletişime ek olarak basılı broşür ile de bilgilendirilebilir (Yılmaz 2016). Ameliyat öncesi bilgilendirilmek ebeveynlerin anksiyete düzeyini azaltarak aile ve sağlık ekibi arasında güvene dayalı bir iletişim kurulmasını sağlar (Yılmaz 2016, Al-Sagarat ve ark 2017).

1.9.2. Ameliyat Sırası Dönem

Ameliyat sırası dönem hastanın ameliyathaneye alınmasıyla başlayan, ameliyat sonrası ayılma ünitesi ya da yoğun bakıma devredilmesi ile biten dönemdir (Taşdemir ve Yavuz 2008). Sadhasivam ve ark (2009)'nın çalışmasında ameliyat öncesinde özellikle de anestezi verme sürecinde çocukların %65'inden fazlasının korku ve anksiyete yaşadığı belirlenmiştir. Bu nedenle bu evrede yapılacak tüm girişimler, çocuğu sakinleştirmek ve güvenini korumak adına yapılmalıdır (Ünver ve Yıldırım 2013). Çocuk ameliyathaneye girince anestezi verilene kadar geçen süre içinde çocuğun ailesinden bir kişinin (genellikle annenin) ameliyathanede bulunmasını destekleyen uygulamalar çocukta ayrılık anksiyetesi gelişmesini önlemektedir (Sadhasivam ve ark 2009). Bekleme sürecinde aile üyelerinin anksiyete seviyeleri yüksek olabilir (Taşdemir ve Yavuz 2008). Ameliyat sırasında, özellikle uzun süren ameliyatlarda, bekleme odasındaki aile üyelerine çocuğun durumu hakkında bilgi alabileceği telefon numarası verilmelidir (Taşdemir ve Yavuz 2008, Akgün Kostak ve Kocaaslan 2019). Ameliyat sırasında aile üyeleri ameliyat süreci ve çocuğun ameliyat sonrası ilk nereye gideceği konusunda bilgilendirilmelidir (Taşdemir ve Yavuz 2008).

1.9.3. Ameliyat Sonrası Dönem

Ameliyat sonrası dönem hastanın ayılma ünitesine alınmasıyla başlayıp hasta iyileşinceye kadar geçen dönemdir. Bu dönemde aile bireylerinin hastayı en kısa sürede görmeleri sağlanmalıdır (Taşdemir ve Yavuz 2008). Ayılma ünitesinde ebeveynler kendilerinden beklenen rollere (çocuğa ne zaman dokunabileceği, ağrısı olduğunda hemşireyi nasıl uyaracakları, ağrı ile baş etmede kullanabilecekleri yöntemler vb) ilişkin bilgilendirilmelidir (Chorney ve Kain 2010). AMB yaklaşımı uygulamaları kapsamında ameliyat sonrası bakım sürecinde ailelerin çocuklarının yanında olması çocukların kaygı düzeylerini, analjezik ihtiyaçlarını azaltmakta ve

ameliyat sonrası iyileşme sürecinin kısalmasına katkı sağlamaktadır (Atay ve ark 2011). Ameliyat sonrası dönemde hasta ve ailesinin emosyonel durumu değerlendirilerek psikolojik destek sağlanmalı, aile yapılan uygulamalarla ilgili bilgilendirilerek hasta bakımına ve taburculuk eğitimine dâhil edilmelidir (Taşdemir ve Yavuz 2008, Chorney ve Kain 2010, Yıldız Fındık 2016).

1.10. Aile Merkezli Bakım Uygulamalarında Karşılaşılan Sorunlar

Aile Merkezli Bakım, 21. yüzyılda benimsenmeye başlanarak pediatri hemşireliğinin en önemli bileşenlerinden biri haline gelmiştir (Güdücü Tüfekci ve Kara 2019). Literatürde AMB uygulamalarının birçok gelişmiş ülkede kurum politikası haline getirilip yaygın olarak uygulandığı, gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde ise daha az kullanıldığı görülmektedir (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009, Aykanat ve Gözen 2014). Türkiye'de ise AMB'nin kavram olarak bilinmesine rağmen uygulanmasının sınırlı olduğu (Atay ve ark 2011), ebeveynlerin çocuklarıyla birlikte hastanede kalmalarıyla ilgili belirli bir standart uygulamanın olmadığı, uygulamaların hastanelere göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Bazı hastanelerde ebeveynler çocuklarını yalnızca ziyaret saatlerinde görebilmektedir (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009, Tosun ve Güdücü Tüfekci 2015). AMB çocuk, aile ve sağlık personelleri için ideal bir yaklaşım olmasına rağmen, uygulanmasına ilişkin çeşitli sorunlar vardır (Coyne ve ark 2011, Günay ve Polat 2017).

İnanç ve Tutuma İlişkin Sorunlar

- Hemşireler ve aileler arasında çocuğun bakımıyla ilgili rol paylaşımına ilişkin sorunlar,
- Hemşirelerin güç ve kontrolünü kaybetme korkusu,
- İnvaziv işlemlerde ailenin çocukla beraber bulunmasının ebeveynde stresi artıracağı düşüncesi,
- Ebeveynlerin bilgisiz olması,
- Hemşirelerin ailenin kültürü hakkındaki anlayış ve bilgi eksikliği,
- Ebeveynlerin geleneksel bakımdan aile merkezli bakıma geçişte yaşadıkları zorluklar,

- Hemşirelerin yasal yükümlülükleri dolayısıyla bakım uygulamalarına aileyi dâhil etmemeleri,
- Hemşire ve aile arasında etkili iletişimin olmamasıdır (Mackay ve Gregory 2011, Aykanat ve Gözen 2014, Günay ve Polat 2017, Ford ve ark 2018, Çavuşoğlu 2018).

Kuruma İlişkin Sorunlar

- Hastane politikalarının zayıflığı ve maddi desteğin yetersizliği,
- Yöneticilerden ve multidisipliner ekibin tüm üyelerinin desteğine ihtiyaç duyulması,
- Hasta sayısının fazla, hemşire sayısının yetersiz olması,
- Hemşirelerin yoğun çalışma şartları nedeniyle ailelere yeteri kadar vakit ayıramamaları,
- Kültürel ve dil farklılıkları nedeniyle iletişimde zorluk yaşanması,
- Ailelerin hastanedeki rol ve sorumluluklarıyla ilgili bir rehberin olmamasıdır (Mackay ve Gregory 2011, Coyne ve ark 2011, Aykanat ve Gözen 2014, Feeg ve ark 2016, Çavuşoğlu 2018, Yavaş Çelik 2018).

Coyne ve ark (2011)'nın çalışmasında hemşireler, çocuk ve ailelerinin bakımı için aile merkezli bakımı ideal bir felsefe olarak kabul ederken, aile merkezli bakımı tam olarak uygulamak için daha fazla organizasyonel ve yönetimsel desteğe gereksinim duyduklarını belirtmiştir.

Eğitim Eksikliğine İlişkin Sorunlar

- Hemşirelerin aile merkezli bakım uygulamalarına ilişkin yetersiz eğitimi,
- Verilecek eğitimlerde kaynakların yeterli olmaması,
- Kurumun aile merkezli bakım uygulamalarıyla ilgili bilgisinin yetersiz olmasıdır (Tomlinson ve ark 2002, Mackay ve Gregory 2011).

1.11. Aile Merkezli Bakım Uygulamalarında Hemşirenin Rolü

Hemşireler genellikle aileler için ilk temas noktası ve çocukla en çok zaman geçiren sağlık personeli olduğundan, aile merkezli bakım uygulamalarının başarılı

olmasındaki rolleri büyüktür (Coats ve ark 2018, Yılmaz ve Gözen 2019). Bu kapsamda, AMB uygulamalarında hemşirenin rolleri aşağıda verilmiştir:

- Ebeveynlerin çocuklarının bakımına katılabilmeleri için kaldıkları kliniği tanıması gerekir. Çocuğun kliniğe yatışından itibaren ebeveynlere ve çocuklara kliniğin tanıtımı yapılmalı, kliniğin rutin uygulamaları ve çalışanlarla ilgili bilgi verilmelidir (Tosun ve Güdücü Tüfekci 2015).

- Hemşire, bakım uygulamalarında kanıta dayalı sonuçları kullanarak iyileştirici bakımla hastaların sağlığını korumalı ve yükseltmelidir (Aykanat ve Gözen 2014, Öztürk ve Ayar 2014).

- Çocuğun yaşamında ailenin önemli bir yeri vardır. Hemşireler aile merkezli bakımı benimseyerek hem ailenin hem de çocuğun istek ve ihtiyaçlarını önemsemelidir (Conk ve ark 2018).

- Hemşirelerin aile ile işbirliği içinde hareket ederek çocuk için en iyi bakımı planlaması gerekir (Öztürk ve Ayar 2014, Conk ve ark 2018). Hemşire çocuk ve ailenin gereksinimlerinin farkında olarak çocuğa kaliteli bakım sağlamalıdır (Conk ve ark 2018).

- Ailenin bakıma hazır oluşluk durumu değerlendirilerek çocuğun bakımına katılımı için desteklenmesi gerekir (Boztepe 2009, Conk ve ark 2018). Yapılan bir çalışmada annelerin çocuğunun bakımına katılması için hemşirelerden destek görme beklentisinin olduğu belirlenmiştir (Şener ve Karaca 2017).

- Ailenin sağlıkla ilgili inançları, değerleri ve tutumları çocuğu etkiler (Boztepe 2009, Aykanat ve Gözen 2014). Hemşireler ailelerin farklı sosyal, ekonomik ve kültürel özelliklere sahip olduğunu bilmeli ve saygı duymalıdır (Conk ve ark 2018). Bu özellikler hemşirelik bakımının kalitesini etkileyeceğinden çocuk ve ailesi bütüncül olarak ele alınarak hemşirelik bakımı planlanmalıdır (Boztepe 2009, Aykanat ve Gözen 2014, Conk ve ark 2018).

- Ailenin sağlık hakkındaki değer ve inançları çocuğu etkileyeceğinden, çocuk ve aile bütüncül olarak değerlendirilmelidir. Ailenin kullandığı baş etme yöntemleri değerlendirilerek ailenin baş etmesine yardımcı olunmalıdır (Aykanat ve Gözen 2014).

- Aileler çocuğun durumu ve yapılacak işlemler konusunda düzenli, eksiksiz ve tarafsız olarak bilgilendirilmelidir (Tosun ve Güdücü Tüfekci 2015, Conk ve ark 2018). Ebeveynleri bilgilendirmek ve işlemlere katılımlarını sağlamak hem ebeveynlerin hem de çocuğun stres düzeyini azaltır (Conk ve ark 2018).

- Aile ile açık, saygıya dayalı ve dürüst bir iletişim kurulmalıdır (Boztepe 2009, Conk ve ark 2018). Bu sayede ailenin kaygı ve gereksinimleri kolay anlaşılır, ailenin emosyonel durumu iyileşir ve sağlık personelinin hastayı tedavi etmesi kolaylaşır (Boztepe 2009, Conk ve ark 2018).

- Hemşirenin en önemli görevi aileyi desteklemektir. Desteğin ana bileşenleri etkinleştirme ve güçlendirmedir. Etkinleştirme; ailenin sahip olduğu becerileri görmesini sağlayıp yeni beceriler kazanmasını sağlamaktır. Güçlendirme ise; ailelerin kendi hayatları üzerinde kontrol duygusu oluşturmalarını sağlamaktır (Conk ve ark 2018). Hemşireler ailenin başa çıkma becerisini ve emosyonel durumunu değerlendirmeli, kritik kararlar alınması için aileye güven ve destek sağlamalı (Conk ve ark 2018) ve aile bireylerinin güçlü yanları ve seçimlerini desteklemelidir (Törüner ve Büyükgönenç 2012, Aykanat ve Gözen 2014).

- Aile merkezli bakımın uygulanabilir olması için hastane ve sağlık politikalarında düzenlemeler yapılması gerekir. Hemşireler bu politikaların oluşturulmasında aktif olarak rol almalıdır (Boztepe 2009, Aykanat ve Gözen 2014, Conk ve ark 2018).

- Ebeveynin devamlı olarak çocuğuyla hastanede kalıyor olması kendi ihtiyaçlarını karşılayamamasına ve tükenmişlik yaşamasına sebep olabilir. Hemşirenin bu durumun farkında olup bakım planında uygun düzenlemeler yapması gerekir (Boztepe 2009, Aykanat ve Gözen 2014, Yavaş Çelik 2018, Conk ve ark 2018).

- AMB uygulamalarında hemşirenin savunuculuk rolü önemlidir. Savunuculuk rolü; ebeveynlerin soru sormasına olanak sağlamayı ve onları soru sormaya cesaretlendirmeyi, ebeveynleri çocuğun bakımına katılma konusunda desteklemeyi, çocuğa uygulanan tedavi yöntemlerini anlamalarına yardımcı olmayı, çocuğun tedavisiyle ilgili kararlarda ebeveynlerin görüşlerini almayı içerir (Boztepe 2009, Aykanat ve Gözen 2014, Yavaş Çelik 2018, Coats ve ark 2018, Conk ve ark 2018).

- Hemşire ebeveynler tarafından çocuğa verilen bakım uygulamalarını ve bakımın etkinliğini değerlendirmelidir (Boztepe 2009). Bu nedenle hemşirelerin eğitim ve danışmanlık rollerini kullanmaları önemlidir (Boztepe 2009, Conk ve ark 2018).

- Hemşirenin çocuğun bakımıyla ilgili aileleri eğitici rolü bulunmaktadır (Boztepe 2009, Aykanat ve Gözen 2014). Hemşire çocuğun hastaneye yatışından taburcu oluncaya kadar çocuğun bakımıyla ilgili bilgi ve beceriler kazandırarak ailenin bakımı uygun yapıp yapmadığını gözlemlemelidir. Bu sayede aile evde bakım vermeye hazırlanmış olur (Boztepe 2009, Aykanat ve Gözen 2014, Conk ve ark 2018, Uniacke ve ark 2018).

- Aile Merkezli Bakım, ebeveynlerin, çocuğun tüm bakımını üstlenmesi anlamına gelmemektedir. Bu konuda ebeveynlerin, çocukla birlikte kalma istekleri ve yetenekleri değerlendirilmeli, ebeveynler çocuğun bakımına katılmak isterse desteklenmeli, istemezse baskı yapılmamalıdır (Çavuşoğlu 2018).

Aile Merkezli Bakım uygulamasında pediatri hemşireleri önemli bir pozisyondadır. Hemşireler yukarıda belirtilen rolleri uygulayarak çocuk ve ebeveynin ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayabilir. Böylece verilen bakımın kalitesi artırılmış olur (Boztepe 2009).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı-ilişki arayıcı türde bir araştırmadır. Araştırma 29.01.2020-30.06.2021 tarihleri arasında yapıldı.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler

Araştırma, Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi'nin beyin ve sinir cerrahisi (Bölüm 31), üroloji, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi (Bölüm 32), kalp-damar cerrahisi, kulak-burun-boğaz (Bölüm 33) ve çocuk cerrahisi (Bölüm 36) kliniklerinde gerçekleştirildi. Hastanenin cerrahi kliniklerinde çocuk hastalar için ayrılan yatak sayısı 72'dir. Araştırmanın yapıldığı dönemde kliniklerde toplam 35 hemşire görev yapmaktadır. Bu kliniklerde çocukların yanında refakat etmek üzere yalnızca tek refakatçi kabul edilmektedir. Hastanedeki ziyaret saatleri gündüz 12:30-13:30, akşam 18:30-19:30 arasındadır. Ancak Covid-19 pandemisi nedeniyle kliniklere ziyaretçi kabul edilmemektedir. Kliniklerde odaların tümünde açılabilen refakatçi koltuğu, etejer, yemek masası ve televizyon bulunmaktadır. Özel odalarda tuvalet ve banyo bulunmaktadır. Diğer odalardaki hastalar ortak tuvalet ve banyoyu kullanmaktadır. Her klinikte bir adet mutfak bulunmaktadır. Refakatçilere gün içinde üç öğün yemek verilmektedir. Çocuklar geçirecekleri ameliyat türüne göre kliniklere genellikle ameliyattan 1-3 gün önce ya da ameliyat günü kabul edilip ameliyat öncesi hazırlıkları yapılmaktadır. Bazı ameliyatlar ameliyat öncesi klinikte yatışı gerektirmeyip, çocuklar ameliyat sonrası dönemde kliniğe kabul edilmektedir. Yapılan ameliyatın türü ve hastaların genel durum özelliklerine göre hastanede yatış süresi değişmektedir. Bazı kliniklerde çocuklar için hazırlanmış olan oyun odaları bulunmaktadır

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

2.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Hacettepe İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi'nin beyin ve sinir cerrahisi, üroloji, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, kalp-damar cerrahisi, kulak-burun-boğaz ve çocuk cerrahisi kliniklerinde cerrahi girişim geçiren çocukların ebeveynleri oluşturdu.

2.3.2. Araştırmanın Örneklemi ve Örnek Seçimi

Bağımsız değişken sayısı dikkate alınarak (n=20), 0,05 önemlilik değeri, %90 güç ve 0,15 etki büyüklüğü parametreleri kullanılarak örneklem büyüklüğü 191 olarak belirlendi (Cohen ve ark 2003).

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- Çocuğun cerrahi girişim geçirmiş olması,
- Cerrahi girişim geçirmiş olan çocuğun 0-18 yaş aralığında olması,
- Aynı ebeveynin en az üç gün boyunca hastanede çocuğuna refakat ediyor olması,
- Ebeveynin Türkçe okur yazar olmasıdır.

Araştırmadan dışlanma kriterleri:

- Ebeveynin iletişimini engelleyen herhangi bir sorununun (duyma, görme, zihinsel engeli) olması,
- Ebeveynin en az üç gün boyunca hastanede çocuğuna refakat etmemesi,
- Ebeveynin tıbbi tanılı psikolojik bir rahatsızlığının olması,
- Çocuğun solunum izolasyonu, temas izolasyonu, sıkı temas izolasyonu gibi izole bir odada bulunmasıdır.

Dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden cerrahi girişim geçiren çocukların ebeveynleri gelişigüzel örneklem yöntemiyle çalışmaya alındı.

2.4. Veri Toplama Araçları ve Tekniği

2.4.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında çocuk ve ebeveynlerin özelliklerini içeren tanıtıcı bilgi formu ve Aile Merkezli Bakımı Değerlendirme Ölçeği (AMBDÖ) kullanıldı.

Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-A)

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009, Boztepe 2012, Tosun ve Güdücü Tüfekci 2015, Altıparmak ve Taş

Aslan 2016, Arabiat ve ark 2018, Taş Arslan ve ark 2019, Boztepe ve ark 2019) tanıtıcı bilgi formu dört bölüm ve 27 sorudan oluşmaktadır.

- Birinci bölümde çocuğun sosyo-demografik özelliklerini içeren üç soru (çocuğun yaşı, cinsiyeti, kaçıncı çocuk olduğu),
- İkinci bölümde çocuğun geçmiş ve şimdiki sağlık/hastalık özelliklerini içeren altı soru (kronik hastalık varlığı, daha önce hastaneye yatma durumu, daha önce ameliyat olma durumu, ameliyatın planlanma durumu, geçirilen ameliyat türü, hastanede yatış süresi),
- Üçüncü bölümde ebeveynin sosyo-demografik özelliklerini içeren altı soru (çocuğun yanında kalan ebeveynin anne ya da baba olma durumu, yaşı, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir durumu algısı) ve dördüncü bölümde ise ebeveynin önceki ve şimdiki hastane deneyimlerinin içeren 12 soru (daha önce çocuğuna hastanede refakat etme durumu, daha önceki yatışında çocuğun bakımına katılma durumu, şu an hastanede yatan çocuğunun bakımına katılma durumu, hastanede yatan çocuğunun hangi bakım uygulamalarına katıldığı, bakım uygulamalarına katılmıyorsa katılmama nedeni, çocuğu hakkındaki kararlara katılma durumu, çocuğu hakkındaki kararlara katılmama nedeni, tıbbi işlemler sırasında çocuğunun yanında kalmayı isteme durumu, tıbbi işlemler sırasında çocuğunun yanında bulunmak istememe nedeni, tıbbi işlemler sırasında çocuğun yanında bulunmasına izin verilme durumu, tıbbi işlemlerde çocuğun yanında bulunmasına izin verilmeme nedeni, aile merkezli bakımla ilgili içeriklerden klinikte kendisine hangilerinin sunulduğu) yer almaktadır.

Aile Merkezli Bakımı Değerlendirme Ölçeği (AMBDÖ) (EK-B)

Taş Arslan ve ark (2019) tarafından geliştirilen AMBDÖ, pediatri kliniklerinde sunulan aile merkezli bakımın ebeveynler tarafından değerlendirilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Ölçek 3 alt boyuttan ve 21 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin, destek alt boyutu 10 sorudan (1-10. sorular), iş birliği alt boyutu 8 sorudan (11-18. sorular), saygı alt boyutu ise 3 sorudan (19-21. sorular) oluşmaktadır. Olumlu ifadelerden oluşan ölçek 5'li likert tipindedir. Ölçek maddeleri 1=Hiçbir zaman, 2=Nadiren, 3=Bazen, 4=Sıklıkla, 5=Her zaman olarak puanlandırılmaktadır. Ölçeğin toplam puanı, ölçek maddelerinden alınan puanların toplanmasıyla elde edilir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 21, en yüksek puan ise 105'tir. Ölçek puanındaki artış aile merkezli bakımın uygulandığını göstermektedir. Ölçeğin genel

cronbach alfa değeri 0,94, destek alt boyutu için 0,90, iş birliği alt boyutu için 0,88, saygı alt boyutu için ise 0,72 olarak belirlenmiştir. Yapılan analizler sonucunda ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirlenmiştir (Taş Arslan ve ark 2019). Bu çalışmada ise ölçeğin genel cronbach alfa değeri 0,94, destek alt boyutu için 0,86, iş birliği alt boyutu için 0,92, saygı alt boyutu için ise 0,81 olarak belirlendi.

2.4.2. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri araştırmacı tarafından 12.11.2020-20.02.2021 tarihleri arasında, Hacettepe İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi'nin beyin ve sinir cerrahisi, üroloji, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, kalp-damar cerrahisi, kulak-burun-boğaz ve çocuk cerrahisi kliniklerinde cerrahi girişim geçiren çocukların ebeveynlerinden toplandı. Araştırmaya katılan ebeveynlere araştırmacı tarafından "Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK-F)" aracılığıyla araştırma hakkında bilgi verildi. Araştırmanın amacı açıklandıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynlerden sözel ve yazılı onam alınarak araştırmaya dâhil edildi. Ebeveynlerin isminin ve sorulara verdiği cevapların gizliliğinin korunması amacıyla katılımcılara anket formu kapalı zarfla verildi ve formu dolduran katılımcılardan zarf ile alındı. Veri toplama işlemi hasta odalarında**,** klinik rutinlerin (tedavi ve bakım uygulamaları) olmadığı, ebeveynin görüşme yapmayı kabul ettiği saatlerde gerçekleştirildi. Araştırma verileri, yaklaşık 10-15 dakikada toplandı. Araştırma verileri covid-19 pandemisi döneminde toplandı. Verilerin toplanacağı kliniklere giderken araştırmacı tarafından kişisel koruyucu ekipmanlar (maske ve siperlik) kullanıldı. Tek kişilik hasta odalarında oda içine girmeden, iki ve dört kişilik hasta odalarında ise sosyal mesafeye uyularak katılımcılarla iletişim kuruldu.

2.5. Araştırmanın Değişkenleri

2.5.1. Bağımlı Değişkenler

- AMBDÖ alt boyut ve toplam puanıdır.

2.5.2. Bağımsız Değişkenler

- Çalışma kapsamına alınan çocuğun sosyo-demografik özellikleri (Çocuğun yaşı, cinsiyeti),

- Çocuğun geçmiş ve şimdiki sağlık/hastalık özellikleri (Çocuğun kronik hastalık durumu, daha önce hastaneye yatma durumu, daha önce ameliyat olma durumu, ameliyatın planlanlı olma durumu, ameliyat türünün sınıflandırılması, hastanede yatılan gün sayısı),

- Ebeveynin sosyo-demografik özellikleri (Ebeveynin anne mi baba mı olduğu, yaşı, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık geliri algılama durumu),

- Ebeveynin önceki ve şimdiki hastane deneyimleri (Ebeveynin daha önce çocuğuna hastanede refakat etme durumu, daha önce hastaneye yatışı sırasında çocuğunun bakımına katılma durumu, şu an hastanede yatan çocuğunun bakımına katılma durumu, hastanede çocuğuyla ilgili kararlara katılma durumu, tıbbi işlemler sırasında çocuğunun yanında bulunmak isteme durumu, tıbbi işlemler sırasında çocuğunun yanında bulunmasına izin verilme durumu).

2.5.3. Tanımlayıcı Değişkenler

- Kaçıncı çocuk olduğu
- Kronik hastalık türü
- Daha önce hastaneye yatma sayısı
- Daha önce ameliyat olma sayısı
- Ebeveynin çocuğunun bakımında katıldığı uygulamalar,
- Ebeveynin çocuğunun bakımına katılmama nedenleri,
- Ebeveynin çocuğuyla ilgili kararlara katılmama nedenleri,
- Ebeveynin tıbbi işlemler sırasında çocuğunun yanında bulunmak istememe nedenleri,
- Ebeveynin tıbbi işlemler sırasında çocuğunun yanında bulunmasına izin verilmeme nedenleri,
- Ebeveynin klinikte aile merkezli bakımla ilgili sunulan öğelere ilişkin görüşleridir.

2.6. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde ameliyat tipi; Sosyal Güvenlik Kurumu'nun yayınladığı Sağlık Uygulama Tebliği kodlarında tanıya göre işlem puan listesi kullanılarak büyük, orta ve küçük ameliyatlar olarak gruplandırıldı. Bu listedeki ameliyat ve girişim tanımlarına göre A1 (pnömonektomi ve majör damar cerrahisi, karaciğer transplantasyonu vb.), A2 (triküspid atrezisi onarımı, whipple vb.), A3 (valvuloplasti, portoenterostomi vb.), B (duedenoenterostomi, büyük kemik osteotomi ve fiksasyon vb.) ve C (tonsillektomi, uvulofaringoplasti, apendektomi, aşiloplasti vb.) grubu ameliyatlar büyük, D grubu (sistoskopi, myotomi vb.) ameliyatlar orta, E grubu (eksplorasyon bacak dikişi, lenf nodu eksizyonu vb.) ameliyatlar küçük olarak sınıflandırıldı (Resmi gazete, 2020).

Araştırmadan elde edilen veriler IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 23 ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. İkili gruplara göre normal dağılmayan puanların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Üç ve üzeri gruplara göre normal dağılmayan puanların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Analiz sonuçları kategorik veriler için sayı ve yüzde olarak, nicel veriler için ortalama ± standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum) [IQR] şeklinde sunuldu. AMBDÖ puanına etki eden faktörlerin incelenmesi lineer regresyon modeli ile yapıldı. Bağımsız değişkenlerin tamamı modele dahil edildi. Bağımsız değişkenlerin modele dâhil edilmesinde Backward metodu kullanıldı. İstatistiksel olarak $p<0,05$ olan değerler anlamlı kabul edildi.

2.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma öncesi AMBDÖ'yi geliştiren yazardan elektronik posta yoluyla izin (EK-C) alındı. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (EK-D) ve Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Başhekimliğinden kurum izni (EK-E) alındı. Araştırma verilerini toplamadan önce "Bilgilendirilmiş Onam Formu" (EK-F) aracılığıyla, yapılan araştırmanın amacı ve uygulama şekli hakkında bilgilendirilen ebeveynlerden yazılı ve sözel onam alındı.

2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma Hacettepe İhsan Doğraması Çocuk Hastanesi'nin cerrahi kliniklerinde yatan ve cerrahi girişim geçiren çocukların ebeveynleri ile sınırlıdır.

3. BULGULAR

Çocukları cerrahi girişim geçiren ebeveynlerin AMB algısını ve bu algıyı etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmadan elde edilen bulgular dört bölümde ele alındı:

- *Birinci bölümde;* çocukların ve ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgulara,
- *İkinci bölümde;* AMBDÖ alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamalarına ilişkin bulgulara,
- *Üçüncü bölümde;* çocukların ve ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine göre AMBDÖ alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara,
- *Dördüncü bölümde ise* ebeveynlerin AMB algısını etkileyen faktörlere ilişkin bulgulara yer verildi.

3.1. Çocukların ve Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde çocukların ve ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine (Çizelge 3.1, Çizelge 3.2, Çizelge 3.3 ve Çizelge 3.4) ilişkin bulgulara yer verildi.

3.1.1. Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çocukların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; %30,4'ünün 1-3 yaş aralığında, %61,3'ünün erkek ve %38,7'sinin ilk çocuk olduğu belirlendi. Çocukların yaş ortalamasının 5,4±5,2 (minimum:0, maksimum:17) olduğu belirlendi (Çizelge 3.1).

Çizelge 3.1. Çocukların sosyo-demografik özellikleri (n=191).

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
1 yaş altı	32	16,8
1-3 yaş	58	30,4
4-6 yaş	36	18,8
7-12 yaş	38	19,9
13-17 yaş	27	14,1
Cinsiyet		
Kadın	74	38,7
Erkek	117	61,3
Kaçıncı çocuk olduğu		
İlk çocuk	74	38,7
İlk çocuk değil	117	61,3

Çocukların geçmiş ve şimdiki sağlık/hastalık özellikleri incelendiğinde; %61,3'ünün kronik hastalığı olmadığı, kronik hastalığı olan çocukların %29,7'sinde sinir sistemi hastalığı olduğu, %80,1'inin daha önce hastaneye yattığı, daha önce hastaneye yatan çocukların %58,8'inin 1-3 kez hastaneye yattığı, %59,7'sinin daha önce ameliyat olduğu, ameliyat olan çocukların %60,5'inin bir kez ameliyat olduğu, %81,2'sinin şu an yapılan ameliyatının planlı olduğu, çocukların %31,4'ünün çocuk cerrahisi kliniğinde yattığı, %88'inde yapılan ameliyatın büyük ameliyat olduğu, %49,7'sinin 3-4 gündür hastanede yattığı belirlendi (Çizelge 3.2). Çocukların hastanede ortalama yatış süresinin 7,5±8,1 (minimum:3, maksimum:45) gün olduğu belirlendi.

Çizelge 3.2. Çocukların geçmiş ve şimdiki sağlık/hastalık özellikleri (n=191).

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik hastalık varlığı		
Evet	74	38,7
Hayır	117	61,3
Kronik hastalık türü (n=74)		
Kardiyovasküler sistem	7	9,5
Sinir sistemi	22	29,7
Gastrointestinal sistem	16	21,6
Üriner sistem	12	16,2
Kas-iskelet sistemi	9	12,2
Diğer *	8	11,9
Daha önce hastaneye yatma durumu		
Evet	153	80,1
Hayır	38	19,9
Daha önce hastaneye yatma sayısı (n=153)		
1-3 kez	90	58,8
4-6 kez	32	20,9
7 kez ve üzeri	31	20,3
Daha önce ameliyat olma durumu		
Evet	114	59,7
Hayır	77	40,3
Daha önceki ameliyat sayısı (n=114)		
Bir kez	69	60,5
İki kez	27	23,7
Üç ve üzeri	18	15,8
Ameliyatın planlanma durumu		
Planlı	155	81,2
Acil	36	18,8
Çocuğun yattığı klinik		
Beyin ve sinir cerrahisi	12	6,3
Plastik ve rekonstrüktif cerrahi	22	11,5
Üroloji	27	14,1
Ortopedi ve travmatoloji	36	18,8
Kalp-damar cerrahisi	23	12,0
Kulak- burun- boğaz	11	5,8
Çocuk cerrahisi	60	31,4
Ameliyat türünün sınıflandırılması		
Küçük	6	3,1
Orta	17	8,9
Büyük	168	88,0
Hastanede yatılan gün sayısı		
3-4 gün	95	49,7
5-7 gün	51	26,7
8 gün ve üzeri	45	23,6

***** Solunum sistemi (n=5), Endokin sistem (n=2), Bağ dokusu hastalıkları (n=1)

3.1.2. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; çocuğa refakat eden ebeveynlerin %95,8'inin anne, %41,3'ünün 30 yaş ve altı, %75,9'unun iki ve üzeri çocuk sahibi, %40,8'inin ilköğretim mezunu olduğu, %73,3'ünün çalışmadığı ve %51,3'ünün aylık gelir durumunun dengede olduğunu ifade ettiği belirlendi (Çizelge 3.3). Ebeveynlerin yaş ortalamasının 33,3±6,7 (minimum:21, maksimum:57) olduğu belirlendi.

Çizelge 3.3. Ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri (n=191).

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ebeveyn		
Anne	183	95,8
Baba	8	4,2
Yaş grubu		
30 yaş ve altı	79	41,3
31-39 yaş	75	39,3
40 yaş ve üzeri	37	19,4
Çocuk sayısı		
Bir çocuk	46	24,1
İki ve üzeri çocuk	145	75,9
Eğitim durumu		
İlköğretim	78	40,8
Lise	58	30,4
Üniversite ve üniversite üzeri	55	28,8
Çalışma durumu		
Evet	51	26,7
Hayır	140	73,3
Aylık gelir durumu algısı		
Gelir giderden az	73	38,2
Gelir gidere eşit	98	51,3
Gelir giderden fazla	20	10,5

*Üniversite üzeri (n=4)

Ebeveynlerin önceki ve şimdiki hastane deneyimleriyle ilgili özellikleri incelendiğinde; %76,4'ünün daha önce çocuğuna/çocuklarına hastanede refakat ettiği, %96,6'sının daha önceki hastaneye yatışı sırasında çocuğunun bakımına katıldığı belirlendi. Şimdiki hastane yatışı incelediğinde ebeveynlerin büyük çoğunluğunun (%98,4) çocuğunun bakımına katıldığı, sadece üç ebeveynin çocuğunun canını yakmaktan korkma, hata yapmaktan korkma ve ne yapacağını bilmediğinden dolayı bakıma katılmadıkları saptandı. Bakıma katılanların

ebeveynlerin en fazla çocuklarının öz bakım gereksinimlerini yerine getirme ve yatak içi pozisyon verme/ yürümesine yardımcı olma sürecinde bakıma katıldıkları saptandı. Çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin %73,3'ünün çocuğu hakkındaki kararlara katıldığı, çocuğu hakkındaki kararlara katılmayan ebeveynlerin %90,2'sinin kararları doktorlar verdiği için kararlara katılmadığı belirlendi (Çizelge 3.4).

Çizelge 3.4. Ebeveynlerin önceki ve şimdiki hastane deneyimleriyle ilgili özellikleri (n=191).

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Daha önce çocuğuna/ çocuklarına hastanede refakat etme durumu		
Evet	146	76,4
Hayır	45	23,6
Daha önceki hastaneye yatışı sırasında çocuğunun bakımına katılma durumu (n=146)		
Evet	141	96,6
Hayır	5	3,4
Şu an hastanede yatan çocuğunun bakımına katılma durumu		
Evet	188	98,4
Hayır	3	1,6
Çocuğun bakımında ebeveynin katıldığı uygulamalar*(n=188)		
Öz bakım gereksinimlerini yerine getirme	187	99,5
Yatak içi pozisyon verme/ yürümesine yardımcı olma	175	93,1
Tedaviler sırasında çocuğu tutma	146	77,7
Yatak çarşafını değiştirme	111	59,0
İlaç uygulama	106	56,4
Soğuk uygulama yapma	48	25,5
Yara bakımını yapma	39	20,7
Oksijen verme	33	17,6
Aspirasyon uygulama	16	8,5
Ebeveynin bakıma katılmama nedenleri*(n=5)		
Çocuğun canını yakmaktan korkması	3	100
Hata yapmaktan korkması	2	66,7
Nasıl bakım vereceğini bilmemesi	2	66,7
Çocuğu hakkındaki kararlara katılma durumu		
Evet	140	73,3
Hayır	51	26,7
Çocuğu hakkındaki kararlara katılmama nedeni*(n=51)		
Kararları doktorların vermesi	46	90,2
Bilmediği için kararlara katılmaması	32	62,7
Yanlış karar vermekten korkması	25	49,0
Kararlara katılmayı gerek görmemesi	11	21,6
Karar verme sürecine katılmasına izin verilmemesi	6	11,8

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Ebeveynlerin %86,4'ünün tıbbi işlemler sırasında çocuğunun yanında bulunmak istediği, tıbbi işlemler sırasında çocuğunun yanında bulunmak

istemeyenlerinin nedeninin en fazla çocuğunun ağladığını/üzüldüğünü görmek istememesi ve işlem sırasında hata yapmaktan korkulması olduğu saptandı. Ebeveynlerin %10,5'ine klinik tarafından tıbbi uygulamalar sırasında çocuğunun yanında bulunmasına izin verilmediği, bunun nedeninin ise ebeveynlerin işleme müdahale etmesi ya da işlemi yaptırmak istememesi olduğu bulundu. Çocukları cerrahi girişim geçiren ebeveynlere kliniklerde aile merkezli bakım kapsamında sunulan hizmetler değerlendirildiğinde, ebeveynlerin büyük çoğunluğu sağlık personelleri tarafından saygı gördüğünü, çocuğu hakkında düzenli olarak bilgilendirildikleri ve sağlık personeli tarafından dinlendiklerini ifade ettikleri belirlendi (Çizelge 3.5).

Çizelge 3.5. Ebeveynlerin çocuklarının hastanede yatma sürecindeki uygulamalara katılım durumları (n=191).

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tıbbi işlemler sırasında çocuğunun yanında bulunmak isteme durumu		
Evet	165	86,4
Hayır	26	13,6
Tıbbi işlem sırasında çocuğun yanında bulunmasına izin verilme durumu		
Evet	171	89,5
Hayır	20	10,5
Tıbbi işlemler sırasında çocuğunun yanında bulunmak istememe nedeni* (n=26)		
Çocuğunun ağladığını/üzüldüğünü görmek istememesi	21	80,8
İşlem sırasında hata yapmaktan korkması	15	57,7
O an çocuğuma yardım edememesi	13	50,0
Çocuğun ebeveyni yanındayken daha fazla ağlaması	11	42,3
Tıbbi işlem sırasında çocuğun yanında bulunmasına izin verilmeme nedeni* (n=20)		
İşleme müdahale edeceği ya da işlemi yaptırmak istemeyeceği için	13	65,0
Çocuğun bakım ve tedavisinde aksamalara neden olacağı için	11	55,0
İzolasyon kurallarına uyamayacağı için	8	40,0
Gereksiz yere çok soru sorabileceği için	7	35,0

Çizelge 3.5 (devam). Ebeveynlerin çocuklarının hastanede yatma sürecindeki uygulamalara katılım durumları (n=191).

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aile merkezli bakımın öğelerinden ebeveyne klinikte sunulanlar*		
Sağlık personelleri tarafından saygı görmesi	172	90,1
Çocuğunun hastalığı ve tedavisi hakkında düzenli olarak bilgilendirilmesi	171	89,5
Sağlık personelleri tarafından endişe ve sorunlarının dinlenmesi	150	78,5
Çocuğuna uygulanan girişimlerde ve çocuğunun bakımında sağlık personeliyle iş birliği içinde olması	148	77,5
Çocuğuyla ilgili bakım becerilerini artırması	145	75,9
Çocuğunun bakımına katılması konusunda desteklenmesi	143	74,9
Çocuk ve ebeveynin gereksinimlerinin anlaşılması	133	69,6
Çocuk hastaneye yattığında servisin tanıtımının yapılması	132	69,1
Çocuğu hakkındaki kararlara katılması konusunda cesaretlendirilmesi	118	61,8

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

3.2. Ebeveynlerin AMBDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde ebeveynlerin AMBDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamasına ilişkin ilişkin bulgulara yer verildi (Çizelge 3.6). Ebeveynlerin AMBDÖ alt boyutlarından aldığı puan ortalamalarının sırasıyla destek alt boyut için 38,4±7,7, iş birliği alt boyutu için 33,9±6,8, saygı alt boyutu için 12,9±2,7 ve toplam ölçek puanı ortalamasının ise 85,2±15,8 olduğu belirlendi.

Çizelge 3.6. AMBDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları

AMBDÖ		Ortalama±standart sapma (ort±ss)	Ortanca (Medyan)	Minimum	Maksimum
Alt boyutlar	Destek	38,4±7,7	40,0	18,0	50,0
	İş birliği	33,9±6,8	36,0	8,0	40,0
	Saygı	12,9±2,7	14,0	3,0	15,0
Toplam		85,2±15,8	89,0	30,0	105,0

3.3. Çocukların ve Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre AMBDÖ Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde çocukların ve ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine göre AMBDÖ alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi.

3.3.1. Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre AMBDÖ Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde çocukların sosyo-demografik özellikleri ile geçmiş ve şimdiki sağlık/hastalık özelliklerine göre AMBDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Çizelge 3.7'da verildi.

Çocukların daha önce hastaneye yatma durumu ile AMBDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; daha önce hastaneye yatma durumu ile destek ve iş birliği alt boyutları ile toplam ölçek puanı arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$), saygı alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), daha önce hastaneye yatanların saygı alt boyutu puan ortalamasının daha önce hastaneye yatmayanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi (Çizelge 3.7).

Çocukların daha önce ameliyat olma durumu ile AMBDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çocukların daha önce ameliyat olma durumu ile destek alt boyutu ve toplam ölçek puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), iş birliği ve saygı alt boyutları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) belirlendi. Buna göre çocuğu daha önce ameliyat olan ebeveynlerin iş birliği ve saygı alt boyutu puan ortalamasının çocuğu daha önce ameliyat olmayan ebeveynlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi (Çizelge 3.7).

Çocukların hastanede yattığı gün sayısı ile AMBDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hastanede yatılan gün sayısı ile destek alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) belirlendi. Yapılan ileri analizde hastanede 5-7 gündür yatanların destek alt boyutu puan ortalamasının 8 gün ve üzeri yatanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<0,05$), diğer ikili gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($p>0,05$) saptandı (Çizelge 3.7).

Çocukların yaş grubu, cinsiyet, kronik hastalık varlığı, ameliyatın planlı olma durumu ve ameliyat türünün sınıflandırılmasına göre AMBDÖ alt boyut ve toplam

puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) belirlendi (Çizelge 3.7).

Çizelge 3.7. Çocukların sosyo-demografik özellikleri ile geçmiş ve şimdiki sağlık/hastalık özelliklerine göre AMBDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Değişkenler	AMBDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanları							
	Destek		İş birliği		Saygı		Toplam	
	ort.± ss	Medyan [IQR]	ort.± ss	Medyan [IQR]	ort.± ss	Medyan [IQR]	ort.± ss	Medyan [IQR]
Yaş grubu								
1 yaş altı	37,8±6,6	38,5 [9]	33,9±5,6	34,0 [8,5]	12,8±2,4	13,5 [3,5]	84,5±12,3	87,5 [20,5]
1-3 yaş	37,6±8,3	39,0 [11]	32,7±7,7	34,5 [8]	12,7±3,0	14,0 [4]	83,0±17,9	86,5 [19]
4-6 yaş	37,0±7,6	37,5 [8,5]	33,2±7,2	33,5 [8]	12,4±2,9	13,0 [4]	82,6±16,2	84,5 [15,5]
7-12 yaş	40,1±7,8	42,5 [9]	34,8±6,6	38,0 [8]	13,2±2,9	14,5 [3]	88,0±16,0	94,5 [15]
13-17 yaş	40,6±7,0	43,0 [9]	36,1±5,3	39,0 [7]	13,7±1,6	14,0 [2]	90,4±12,8	96,0 [18]
Test istatistiği		^{2}=8,656		χ^2=7,544		χ^2=5,747		χ^2=9,161
p değeri		0,070		0,110		0,219		0,057
Cinsiyet								
Kadın	39,1±7,8	40,5 [11]	34,1±7,3	38,0 [9]	12,9±2,5	14,0 [3]	86,2±16,1	89,5 [18]
Erkek	38,0±7,6	39,0 [10]	33,7±6,4	35,0 [8]	12,8±2,9	14,0 [3]	84,6±15,6	89,0 [18]
Test istatistiği		U=3932,0		U=3927,0		U=4398,5		U=3926,5
p değeri		0,286		0,275		0,846		0,279
Kronik hastalık varlığı								
Evet	38,4±7,8	40,0 [10]	34,2±6,6	37,0 [9]	13,1±2,8	14,0 [3]	85,7±15,9	89,5 [17]
Hayır	38,4±7,6	39,0 [10]	33,7±6,9	35,0 [9]	12,7±2,7	14,0 [3]	84,9±15,8	89,0 [20]
Test istatistiği		U=4299,0		U=4186,5		U=3877,5		U=4166,0
p değeri		0,936		0,699		0,207		0,661
Daha önce hastaneye yatma durumu								
Evet	38,8±7,6	40,0 [9]	34,3±6,4	37,0 [9]	13,1±2,7	14,0 [3]	86,2±15,3	90,0 [18]
Hayır	37,1±7,8	37,5 [10]	32,2±7,9	33,0 [9]	12,2±2,7	13,0 [4]	81,4±17,4	83,0 [19]
Test istatistiği		U=2483,5		U=2491,0		U=2174,5		U=2423,0
p değeri		0,165		0,168		**0,013**		0,112

Çizelge 3.7 (Devam). Çocukların sosyo-demografik özellikleri ile geçmiş ve şimdiki sağlık/hastalık özelliklerine göre AMBDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Değişkenler	AMBDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanları							
	Destek		İş birliği		Saygı		Toplam	
	ort.± ss	Medyan [IQR]	ort.± ss	Medyan [IQR]	ort.± ss	Medyan [IQR]	ort.± ss	Medyan [IQR]
Daha önce ameliyat olma durumu								
Evet	39,0±7,2	41,0 [9]	35,0±5,8	37,0 [7]	13,3±2,5	14,5 [3]	87,3±14,1	92,0 [17]
Hayır	37,6±8,2	38,0 [11]	32,2±7,7	33,0 [9]	12,2±3,0	13,0 [3]	82,1±17,7	84,0 [21]
Test istatistiği		U=4848,0		U=5293,5		U=5482,0		U=5114,0
p değeri		0,220		**0,015**		**0,002**		0,053
Ameliyatın planlı olma durumu								
Planlı	38,4±7,6	40,0 [10]	33,7±6,5	35,0 [8]	12,8 ± 2,8	14,0 [3]	85,0±15,5	89,0 [19]
Acil	38,4±8,1	39,0 [13]	34,6±8,1	38,5 [8,5]	13,1±2,7	14,0 [3]	86,1±17,4	93,5 [21]
Test istatistiği		U=2842,5		U=3332,5		U=2995,0		U=3064,0
p değeri		0,860		0,066		0,476		0,359
Ameliyat sınıflandırılması								
Küçük	35,5±6,5	36,0 [10]	33,3±5,5	33,5 [5]	13,2±3,3	15,0 [3]	82,0±13,9	83,5 [17]
Orta	38,5±8,8	41,0 [14]	32,1±9,8	37,0 [14]	12,2±3,0	13,0 [5]	82,8±19,4	90,0 [31]
Büyük	38,5±7,6	40,0 [9,5]	34,1±6,5	36,0 [9]	12,9±2,7	14,0 [3]	85,6±15,5	89,0 [19]
Test istatistiği		χ^2=1,325		χ^2=0,345		χ^2=1,362		χ^2=0,809
p değeri		0,515		0,842		0,506		0,667
Hastanede yatılan gün sayısı								
3-4 gün [ab]	38,4±7,3	39,0 [8] [ab]	33,9±6,6	35,0 [8]	12,8±2,6	13,0 [3]	85,1±15,4	89,0 [17]
5-7 gün [b]	39,9±8,3	43,0 [11] [b]	34,6±6,3	37,0 [9]	12,5±3,4	14,0 [4]	86,9±17,0	93,0 [21]
8 gün ve üzeri [a]	36,9±7,4	38,0 [12] [a]	33,1±7,7	35,0 [10]	13,4±2,1	15,0 [3]	83,4±15,6	87,0 [21]
Test istatistiği		χ^2=6,224		χ^2=0,893		χ^2=2,071		χ^2=2,967
p değeri		**0,045**		0,640		0,355		0,227

χ^2: Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

3.3.2. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre AMBDÖ Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre AMBDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Çizelge 3.8'de verildi.

Ebeveynlerin yaş grubu ile AMBDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaş grubu ile destek alt boyutu ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) belirlendi. Yapılan ileri analizde 40 yaş ve üzeri ebeveynlerin destek alt boyutu puan ortalamasının 31-39 yaş grubu ebeveynlere göre anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<0,05$), 40 yaş ve üzeri ebeveynlerin toplam ölçek puan ortalamasının diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<0,05$), diğer ikili gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($p>0,05$) saptandı (Çizelge 3.8).

Ebeveynlerin çocuk sayısı ile AMBDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çocuk sayısı ile tüm alt boyutlar ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) belirlendi. Buna göre iki ve üzeri çocuğa sahip ebeveynlerin destek, iş birliği ve saygı alt boyutu ile toplam ölçek puan ortalamasının tek çocuğa sahip ebeveynlere göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi (Çizelge 3.8).

Ebeveynlerin anne ya da baba olması, eğitim durumu, çalışma durumu ve aylık gelir durumu göre AMBDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) belirlendi (Çizelge 3.8).

Çizelge 3.8. Ebeveynin sosyo-demografik özelliklerine göre AMBDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Değişkenler	AMBDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanları							
	Destek		İş birliği		Saygı		Toplam	
	ort.± ss	Medyan [IQR]	ort.± ss	Medyan [IQR]	ort.± ss	Medyan [IQR]	ort.± ss	Medyan [IQR]
Ebeveyn								
Anne	38,5±7,7	40,0 [10]	33,9 ± 6,9	36,0 [9]	12,8±2,8	14,0 [3]	85,2±16,0	89,0 [19]
Baba	36,8±7,4	38,0 [12]	34,8±4,2	33,5 [6,5]	13,5±1,9	14,0 [2,5]	85,0±11,0	84,0 [17,5]
Test istatistiği		U=615,0		U=732,5		U=785,5		U=652,5
p değeri		0,444		0,997		0,716		0,603
Yaş grubu								
30 yaş ve altı	38,1±7,6	38,0 [10] [ab]	33,4±6,6	35,0 [10]	12,7±2,8	14,0 [4]	84,2±15,3	87,0 [21] [b]
31-39 yaş	37,5±8,1	39,0 [11] [b]	33,1±7,7	34,0 [9]	12,5±3,0	14,0 [4]	83,2±17,7	87,0 [19] [b]
40 yaş ve üzeri	41,1±6,4	43,0 [6] [a]	36,5±4,3	38,0 [7]	13,9±1,3	14,0 [2]	91,5±10,8	95,0 [12] [a]
Test istatistiği		χ^2=6,488		χ^2=5,687		χ^2=4,724		χ^2=7,563
p değeri		**0,039**		0,058		0,094		**0,023**
Çocuk sayısı								
Bir çocuk	35,9 ± 8,6	36,5 [14]	31,9 ± 7,4	34,0 [13]	11,8 ± 3,0	12,5 [4]	79,6 ±17,1	81,0 [27]
İki ve üzeri çocuk	39,3 ± 7,2	40,0 [8]	34,5 ± 6,5	37,0 [8]	13,2 ± 2,6	14,0 [3]	87,0 ±15,0	91,0 [17]
Test istatistiği		U=4096,5		U=4076,0		U=4376,0		U=4244,0
p değeri		**0,020**		**0,022**		**0,001**		**0,005**
Eğitim durumu								
İlköğretim	39,0 ± 8,0	41,0 [11]	34,6 ± 6,7	37,0 [7]	13,1 ± 2,9	14,0 [3]	86,6 ±16,4	91,0 [18]
Lise	38,3 ± 7,2	39,0 [10]	33,7 ± 6,7	36,0 [10]	12,9 ± 2,8	14,0 [3]	85,0 ±15,3	89,5 [19]
Üniversite ve üniversite üzeri	37,9 ± 7,7	39,0 [11]	33,1 ± 7,0	34,0 [8]	12,6 ± 2,4	13,0 [4]	83,6 ±15,6	85,0 [21]
Test istatistiği		χ^2=1,364		χ^2=2,892		χ^2=3,868		χ^2=2,581
p değeri		0,506		0,236		0,145		0,275

Çizelge 3.8 (Devam). Ebeveynin sosyo-demografik özelliklerine göre AMBDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.

	AMBDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanları							
	Destek		İş birliği		Saygı		Toplam Puan	
Değişkenler	**ort.± ss**	**Medyan [IQR]**	**ort.± ss**	**Medyan [IQR]**	**ort.± ss**	**Medyan [IQR]**	**ort.± ss**	**Medyan [IQR]**
Çalışma durumu								
Evet	38,8±6,2	40,0 [8]	34,2±5,9	34,0 [8]	13,0±2,0	14,0 [3]	85,9±12,5	87,0 [16]
Hayır	38,3±8,1	40,0 [10,5]	33,8±7,1	36,0 [9]	12,8±3,0	14,0 [3]	85,0±16,9	90,0 [20,5]
Test istatistiği		U=3649,5		U=3699,0		U=3878,5		U=3725,0
p değeri		0,814		0,699		0,343		0,646
Aylık gelir durumu algısı								
Gelir giderden az	37,8±8,1	39,0 [12]	34,0±7,0	37,0 [9]	12,9±3,1	14,0 [3]	84,7±16,8	89,0 [20]
Gelir gidere eşit	39,0±7,1	40,0 [9]	33,9±6,2	35,0 [8]	12,9±2,3	13,5 [3]	85,8±14,2	89,0 [18]
Gelir giderden fazla	38,0±8,6	41,5 [11]	33,8±8,9	37,5 [7,5]	12,6±3,4	14,0 [3,5]	84,4±19,8	93,0 [18]
Test istatistiği		χ^2=0,445		χ^2=0,735		χ^2=0,850		χ^2=0,040
p değeri		0,800		0,693		0,654		0,980

χ^2: Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Ebeveynlerin önceki ve şimdiki hastane deneyimlerine ilişkin özelliklerine göre AMBDÖ alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Çizelge 3.9'da verildi.

Ebeveynlerin daha önce çocuğuna/ çocuklarına hastanede refakat etme durumu ile AMBDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ebeveynlerin daha önce çocuğuna/ çocuklarına hastanede refakat etme durumu ile destek ve iş birliği alt boyutları ve toplam ölçek puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), saygı alt boyutu arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), daha önce çocuğuna/ çocuklarına hastanede refakat eden ebeveynlerin saygı alt boyutu puan ortalamasının daha önce çocuğuna/ çocuklarına hastanede refakat etmeyen ebeveynlere göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi (Çizelge 3.9).

Ebeveynlerin şu an hastanede yatan çocuğunun bakımına katılma durumu ile AMBDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ebeveynlerin şu an hastanede yatan çocuğunun bakımına katılma durumu ile iş birliği ve saygı alt boyutları ile toplam ölçek puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), destek alt boyutu arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), şu an hastanede yatan çocuğunun bakımına katılan ebeveynlerin destek alt boyutu puan ortalamasının şu an hastanede yatan çocuğunun bakımına katılmayan ebeveynlere göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi (Çizelge 3.9).

Ebeveynlerin daha önceki hastaneye yatışı sırasında çocuğunun bakımına katılma durumu, çocuğu hakkındaki kararlara katılma durumu, tıbbi işlemler sırasında çocuğunun yanında bulunmak isteme durumu ve tıbbi işlem sırasında çocuğun yanında bulunmasına izin verilme durumuna göre AMBDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) belirlendi (Çizelge 3.9).

Çizelge 3.9. Ebeveynin önceki ve şimdiki hastane deneyimlerine göre AMBDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Değişkenler	AMBDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanları							
	Destek		İş birliği		Saygı		Toplam Puan	
	ort.± ss	Medyan [IQR]	ort.± ss	Medyan [IQR]	ort.± ss	Medyan [IQR]	ort.± ss	Medyan [IQR]
Daha önce çocuğuna/ çocuklarına hastanede refakat etme durumu								
Evet	38,9±7,6	40,0 [9]	34,4±6,4	37,0 [9]	13,0±2,8	14,0 [3]	86,3±15,3	90,5 [17]
Hayır	37,1±7,9	37,0 [10]	32,2±7,7	33,0 [9]	12,4±2,5	13,0 [3]	81,6±17,0	83,0 [19]
Test istatistiği		U=2815,0		U=2742,5		U=2543,5		U=2746,0
p değeri		0,147		0,091		**0,017**		0,096
Daha önceki hastaneye yatışı sırasında çocuğunun bakımına katılma durumu								
Evet	38,9 ±7,6	40,0 [9]	34,4 ± 6,4	37,0 [9]	13,0 ± 2,8	14,0 [3]	86,3 ±15,4	90,0 [17]
Hayır	38,2 ±7,7	40,0 [3]	36,0 ± 6,8	39,0 [3]	13,8 ± 1,6	15,0 [3]	88,0 ±15,2	94,0 [4]
Test istatistiği		U=329,5		U=426,0		U=400,5		U=378,0
p değeri		0,804		0,423		0,585		0,784
Şu an hastanede yatan çocuğunun bakımına katılma durumu								
Evet	38,6 ±7,6	40,0 [9,5]	34,0 ± 6,8	36,0 [9]	12,9 ± 2,8	14,0 [3]	85,5 ±15,8	89,5 [19]
Hayır	27,3 ±3,2	26,0 [6]	29,3 ± 9,2	24,0 [16]	13,0 ± 1,7	12,0 [3]	69,7 ±14,2	62,0 [25]
Test istatistiği		U=57,5		U=199,5		U=254,5		U=113,0
p değeri		**0,018**		0,380		0,764		0,075
Çocuğu hakkındaki kararlara katılma durumu								
Evet	38,6±7,4	40,0 [10]	33,9±6,5	35,0 [8,5]	13,0±2,5	14,0 [3]	85,4±14,9	89,0 [19]
Hayır	38,1±8,5	40,0 [11]	34,0±7,5	37,0 [8]	12,5±3,4	14,0 [4]	84,6±18,1	90,0 [19]
Test istatistiği		U=3532,0		U=3804,5		U=3594,0		U=3662,5
p değeri		0,910		0,483		0,941		0,784

Çizelge 3.9 (Devam). Ebeveynin önceki ve şimdiki hastane deneyimlerine göre AMBDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Değişkenler	AMBDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanları							
	Destek		İş birliği		Saygı		Toplam Puan	
	ort.± ss	Medyan [IQR]	ort.± ss	Medyan [IQR]	ort.± ss	Medyan [IQR]	ort.± ss	Medyan [IQR]
Tıbbi işlemler sırasında çocuğunun yanında bulunmak isteme durumu								
Evet	38,5±7,7	40,0 [10]	33,9±6,7	36,0 [9]	12,8±2,7	14,0 [3]	85,1±15,8	89,0 [19]
Hayır	38,4±7,2	40,5 [9]	34,1±7,2	36,5 [9]	13,3±2,7	15,0 [3]	85,8±16,0	90,5 [17]
Test istatistiği		U=2097,0		U=2216,0		U=2447,5		U=2188,0
p değeri		0,854		0,784		0,230		0,870
Tıbbi işlem sırasında çocuğun yanında bulunmasına izin verilme durumu								
Evet	38,6±7,5	40,0 [9]	34,3±6,4	37,0 [9]	12,9±2,6	14,0 [3]	85,8±15,1	90,0 [19]
Hayır	36,7±9,1	40,0 [15]	30,8±9,0	32,0 [11]	12,6±3,6	14,5 [4,5]	80,0±20,4	84,5 [23]
Test istatistiği		U=1543,0		U=1313,0		U=1766,5		U=1439,0
p değeri		0,475		0,086		0,802		0,246

U: Mann-Whitney U test istatistiği

3.4. Ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Algısını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Ebeveynlerin AMB algısını etkileyen faktörlere ilişkin bulgular Çizelge 3.10'da verildi.

Destek alt boyutu puanına etki eden faktörlerin incelenmesi için kurulan lineer regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı elde edildi (F=5,535, p=0,005). Ebeveynin çocuk sayısı artıkça destek puanı artmakta ve çocuk sayısı bir birim artığında destek puanı 1,612 artmaktadır. Ebeveynin tıbbi işlem sırasında çocuğunun yanında bulunmasına izin verilme durumunun istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır (p>0,05) (Çizelge 3.10).

İş birliği alt boyutu puanına etki eden faktörlerin incelenmesi için kurulan lineer regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı elde edildi (F=7,830, p=0,001). Ebeveynin çocuk sayısı artıkça iş birliği alt boyutu puanı artmakta ve çocuk sayısı bir birim artığında ölçek puanı 1,142 artmaktadır. Tıbbi işlem sırasında çocuğunun yanında bulunmasına izin verilen ebeveynlerin iş birliği puanı verilmeyenlere göre 5,078 daha fazladır (Çizelge 3.10).

Saygı alt boyutu puanına etki eden faktörlerin incelenmesi için kurulan lineer regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı elde edildi (F=4,382, p=0,005). Hastanede yatış süresi arttıkça saygı alt boyutu puanı artmakta ve yatış süresi bir birim artığında saygı puanı 0,062 artmaktadır. Ameliyatın planlanlı olma durumunun istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır (p>0,05) (Çizelge 3.10).

AMBDÖ puanına etki eden faktörlerin incelenmesi için kurulan lineer regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı elde edildi (F=6,451, p=0,002). Ebeveyn çocuk sayısı artıkça AMBDÖ puanı artmakta ve çocuk sayısı bir birim artığında ölçek puanı 3,071 artmaktadır. Tıbbi işlem sırasında çocuğunun yanında bulunmasına izin verilen ebeveynlerin ölçek toplam puanı verilmeyenlere göre 9,448 daha fazladır (Çizelge 3.10).

Çizelge 3.10. Ebeveynlerin aile merkezli bakım algısını etkileyen faktörlere ilişkin bulgular

		Beta*	S. Hata	Standartlaştırılmış Beta	t	p	%95 CI		Zero-order	Partial	VIF
							Alt limit	Üst limit			
Destek[1]	Sabit	32,004	2,226		14,374	**<0,001**	27,604	36,403			
	Ebeveyn çocuk sayısı	1,612	0,568	0,224	2,837	**0,005**	0,490	2,735	0,214	0,226	1,004
	Tıbbi işlem sırasında çocuğunun yanında bulunmasına izin verilme durumu (hayır)	3,553	1,856	0,151	1,914	0,058	-0,115	7,221	0,137	0,154	1,004
İşbirliği[2]	Sabit	27,263	1,855		14,698	**<0,001**	23,598	30,929			
	Ebeveyn çocuk sayısı	1,142	0,473	0,188	2,413	**0,017**	0,207	2,078	0,172	0,193	1,004
	Tıbbi işlem sırasında çocuğunun yanında bulunmasına izin verilme durumu (hayır)	5,078	1,547	0,256	3,283	**0,001**	2,022	8,133	0,244	0,259	1,004
Saygı[3]	Sabit	13,829	0,619	0,000	22,334	**<0,001**	12,605	15,052	0,000	0,000	0,000
	Ameliyatın planlı olma durumu (acil)	-1,048	0,598	-0,140	-1,753	0,082	-2,229	0,133	-0,097	-0,142	1,028
	Hastanede yatış süresi	0,062	0,026	0,190	2,400	**0,018**	0,011	0,113	0,193	0,193	1,012
AMBDÖ Toplam[4]	Sabit	70,883	4,462	0,000	15,885	**<0,001**	62,066	79,700	0,000	0,000	0,000
	Ebeveyn çocuk sayısı	3,071	1,139	0,212	2,696	**0,008**	0,821	5,321	0,199	0,215	1,004
	Tıbbi işlem sırasında çocuğunun yanında bulunmasına izin verilme durumu (hayır)	9,448	3,720	0,199	2,539	**0,012**	2,097	16,799	0,186	0,203	1,004

[1]F=5,535, p=0,005, [1]R^2=0,069, Düzeltilmiş R^2=0,056; [2]F=7,83, p=0,001, [2]R^2=0,095, Düzeltilmiş R^2=0,082; [3]F=4,382, p=0,005, [3]R^2=0,081, Düzeltilmiş R^2=0,063; [4]F=6,451, p=0,002, [4]R^2=0,079, Düzeltilmiş R^2=0,067; Bağımsız değişkenlerin modele dahil edilmesinde Backward metodu kullanıldı, *Standartlaştırılmamış Beta katsayısı, (referans kategori).

4. TARTIŞMA

Çocukları cerrahi girişim geçiren ebeveynlerin AMB algısını ve bu algıyı etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmadan elde edilen bulgular dört bölümde tartışıldı:

Birinci bölümde; hastanede yatış döneminde ebeveynlerin çocuğun tedavi-bakım sürecine katılma durumları ve ebeveynlere klinikte sunulan aile merkezli bakım öğelerine ilişkin bulguların tartışılmasına,

İkinci bölümde; AMBDÖ alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılmasına,

Üçüncü bölümde; çocukların ve ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine göre AMBDÖ alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılmasına,

Dördüncü bölümde ise ebeveynlerin AMB algısını etkileyen faktörlere ilişkin bulguların tartışılmasına yer verildi.

4.1. Hastanede Yatış Döneminde Ebeveynlerin Çocuğun Tedavi-Bakım Sürecine Katılma Durumları ve Ebeveynlere Klinikte Sunulan Aile Merkezli Bakım Öğelerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde ebeveynlerin çocuğun bakımına katılma durumları ve katıldıkları uygulamalar, ebeveynlerin çocuğu hakkındaki kararlara katılma durumları, ebeveynlerin tıbbi işlemler sırasında çocuğunun yanında bulunma durumları ve ebeveynlere klinikte sunulan AMB öğelerine ilişkin bulguların tartışılmasına yer verildi.

4.1.1.Ebeveynlerin Çocuğun Tedavi-Bakım Sürecine Katılma Durumları ve Katıldıkları Uygulamaların Tartışılması

Çalışmada ebeveynlerin büyük çoğunluğunun (%98,4) çocuklarının bakımına katıldıkları, en fazla çocuklarının öz bakım gereksinimlerini yerine getirme ve yatak içi pozisyon verme/ yürümesine yardımcı olma sürecinde bakıma katıldıkları, en az ise aspirasyon uygulama ve oksijen verme uygulamalarına katıldıkları saptandı (Çizelge 3.4). Literatürde hastanede yatış sürecinde ebeveynlerin çocuklarının bakımına katılım oranları % 74,7-95 (Khalaf ve ark 2016, Abdelkader ve ark 2016, Boztepe ve ark 2019) arasında olup, ebeveynlerin en fazla yemek yedirme (Boztepe

ve Çavuşoğlu 2009, Khalaf ve ark 2016, Abdelkader ve ark 2016, Mucuk ve Cimke 2017, Boztepe ve ark 2019), hijyen ihtiyacını karşılama (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009, Khalaf ve ark 2016, Abdelkader ve ark 2016, Mucuk ve Cimke 2017, Boztepe ve ark 2019), oral ilaç uygulama (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009, Abdelkader ve ark 2016, Boztepe ve ark 2019), en az ise oksijen verme, periton diyalizi uygulama (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009), aspirasyon yapma, nazogastrik beslenme (Boztepe ve ark 2019), lavman yapma (Mucuk ve Cimke 2017) gibi bakım uygulamalarına katıldığı görülmüştür. Yapılan çalışmalarda ebeveynlerin daha çok özel beceri gerektirmeyen, fiziksel bakıma yönelik uygulamalara katıldığı (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009), teknik beceri gerektiren bakımlara katılımın ise daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (Khalaf ve ark 2016). Coyne (2013)'ün çalışmasında ise ebeveynlerin çocukta ağrı ve rahatsızlığa neden olan bakım uygulamalarını yapmaya daha az istekli oldukları belirtilmiştir. Bu çalışmada da ebeveynlerin çocuklarının bakımında en fazla fiziksel bakıma yönelik uygulamalara katıldığı görüldü. Ebeveynler daha fazla bakım sorumluluğu almak için hemşirenin destek ve rehberliğine ihtiyaç duyabilir (Romaniuk ve ark 2014). Hemşireler danışman ve eğitici rollerini kullanarak ebeveynlerin bakım uygulamalarını yapabilme durumunu değerlendirmeli, bilmediği uygulamalarla ilgili ebeveyne yeterli bilgi vermeli, bakıma katılımı için destek sağlamalıdır.

Bu çalışmada sadece üç ebeveynin çocuğunun canını yakmaktan korkma, hata yapmaktan korkma ve ne yapacağını bilmediğinden dolayı bakıma katılmadıkları belirlendi (Çizelge 3.4). Ebeveynlerin evde yaptıklarına benzer olan uygulamaları yapmak istemeleri, çocuğa zarar verecek olmaktan korkmaları gibi nedenler bakıma katılmalarını sınırlayabilir (Boztepe ve ark 2019). Ameliyat sonrası dönemde çocukta idrar sondası, nazogastrik sonda, dren gibi invaziv girişimlerin olması ebeveynlerin bakım uygulamaları sırasında çocuğunun canını yakmaktan korkmasına, nasıl bakım vereceğini bilememesine neden olabilir. Bu dönemde çocukta mevcut olan invaziv girişimler hakkında ebeveyne bilgi verilerek bakıma nasıl katılacağı konusunda desteklenmesi önemlidir.

Çalışmada çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin %73,3'ünün çocuğu hakkındaki kararlara katıldığı, çocuğu hakkındaki kararlara katılmayan ebeveynlerin %90,2'sinin kararları doktorlar verdiği için kararlara katılmadığı, %62,7'sinin ise bilmediği için kararlara katılmadığı belirlendi (Çizelge 3.4). Literatür incelendiğinde

kararlara katılım oranının %41,1-84,9 (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009, Madrigal ve ark 2012, Ebrahim ve ark 2013, Tosun ve Güdücü Tüfekci 2015, Al-Motlaq ve ark 2017) arasında değiştiği görülmektedir. Hasta Çocuklar Bildirgesi'ne göre çocuklar ve anne-babaları, sağlık durumlarını ilgilendiren her karara katılma hakkına sahiptir (Özpınar 2011). Ebeveynlerle çocuğunun bakımı hakkında karar verme sürecine ne kadar katılmak istedikleri konusunda müzakere edilerek ebeveynler karar verme sürecine dahil edilmelidir (Shields 2010, Feeg ve ark 2016). Çalışmamızla benzer olarak ebeveynler kararları doktorlar verdiği için (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009) ve bilgili olmadığı için (Tosun ve Güdücü Tüfekci 2015) kararlara katılmadığını belirtmektedir. Yetersiz bilgilendirilme yapılması ve bilgilendirmede anlaşılmayan kelimeler kullanılması ebeveynlerin klinik karar alma sürecine katılımlarını olumsuz yönde etkiler (Aftyka ve ark 2017, Hill ve ark 2018). Bu nedenle cerrahi girişim sürecinde ebeveynlere yeterli bilgi verilmeli ve bilgilendirme ebeveynlerin anlayacağı şekilde yapılmalıdır.

Çalışmada ebeveynlerin %86,4'ünün tıbbi işlemler sırasında çocuğunun yanında bulunmak istediği, tıbbi işlemler sırasında çocuğunun yanında bulunmak istemeyenlerin istememe nedeninin en fazla çocuğunun ağladığını/üzüldüğünü görmek istememesi (%80,8) ve işlem sırasında hata yapmaktan korkması (%57,7) olduğu saptandı (Çizelge 3.5). Yapılan çalışmalarda da ebeveynlerin büyük çoğunluğunun tıbbi işlemler (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009, Tosun ve Güdücü Tüfekci 2015) ve ağrılı işlemler (Boztepe ve ark 2019) sırasında çocuklarının yanında bulunmak istedikleri belirlenmiştir Ebeveynlerin tıbbi işlem esnasında çocukların yanında olması, çocukların anksiyetesini azaltarak yapılan işlemi kabullenmelerini kolaylaştırır (Tosun ve Güdücü Tüfekci 2015).

Çalışmada ebeveynlerin %10,5'ine sağlık personelleri tarafından tıbbi uygulamalar sırasında çocuğunun yanında bulunmasına izin verilmediği, bunun nedeninin ise ebeveynlerin işleme müdahale etmesi (%65) ya da işlemi yaptırmak istememesi (%55) olduğu saptandı (Çizelge 3.5). Yapılan çalışmalar ebeveynlerin büyük çoğunluğuna tıbbi işlemler (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009, Tosun ve Güdücü Tüfekci 2015) ve ağrılı işlemler (Boztepe ve ark 2019) sırasında çocuğun yanında bulunmasına izin verildiğini belirlemiştir. İzin verilmeme nedeninin ise ebeveynlerin işlemlere müdahale etmesi (Boztepe 2012, Tosun ve Güdücü Tüfekci 2015), işlemi yaptırmak istememesi (Boztepe 2012) ya da ebeveynin duygusal tepki vermesi ve

sağlık çalışanının stresini artıracağı düşüncesi (Bulut ve Çalık 2020) olduğu belirtilmiştir. Bulut ve Çalık (2020)'ın çalışmasında hemşire ve hekimlerin %43,2'sinin çocuklarda invaziv işlemler sırasında ailenin varlığı fikrini desteklediği, Sarıkaya Karabudak ve ark (2010) çalışmasında ise hemşire ve hekimlerin genellikle girişim derecesi daha az olan (pansuman yapma, nazogastrik tüp takma vb.) işlemler sırasında aile katılımını tercih ettikleri saptanmıştır. Ebeveyne işlem sırasında çocuğuna nasıl yardımcı olacağıyla ilgili bilgi verilerek istemesi halinde çocuğun yanında kalması için desteklenmelidir.

4.1.2.Ebeveynlere Klinikte Sunulan Aile Merkezli Bakım Öğelerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada çocukları cerrahi girişim geçiren ebeveynlerin kliniklerde aile merkezli bakım kapsamında sunulan hizmetlere ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde, ebeveynlerin büyük çoğunluğu sağlık personelleri tarafından saygı gördüğünü (%90,1) ve çocuğun hastalığı ve tedavisi hakkında düzenli olarak bilgilendirildiklerini (%89,5) ifade etti. Ebeveynlerin kendilerine klinikte en az sunulan hizmetler arasında kliniğin tanıtımının yapılması (%69,1) ve çocuğu hakkındaki kararlara katılması konusunda cesaretlendirilmesi (%61,8) olduğu saptandı (Çizelge 3.5). Arıkan ve ark (2007)'nın çalışmasında çocuk kliniklerindeki refakatçilerin sağlık personellerinden daha çok ilgi, hoşgörü ve saygı görme, hastanın tedavisi hakkında bilgilendirilme ve sorularının cevaplandırılması yönünde beklentilerinin olduğu saptanmıştır. Hastalık, tedavi ve yapılan işlemleri ebeveynlere dürüst, açık, tarafsız ve anlaşılır bir şekilde açıklamak aile merkezli bakımın ilkelerindendir (American Academy of Pediatrics, 2003). Tosun ve Güdücü Tüfekci (2015)'nin çalışmasında ebeveynlerin %82,8 inin hemşirelerden çocuğun bakımına ilişkin bilgi aldığı, Boztepe ve Çavuşoğlu (2009)'nun çalışmasında ise ebeveynlerin yaklaşık yarısının hemşireler tarafından çocuğunun bakımıyla ilgili yeteri kadar bilgilendirilmediği, %41,5 inin verilen bilgileri anlamadığı belirtilmiştir (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009). Çocuk ve ebeveynlerin uygulanan tedavi ya da cerrahi girişimi bilme ve beklenen sonuçları anlama hakkı vardır (Tosun ve Güdücü Tüfekci 2015). Çocuğun bakım ve tedavisiyle ilgili ebeveynlerin bilgilendirilmesi, ebeveynlerin anksiyetesini azaltarak çocuğun bakımına daha aktif katılmalarını sağlar (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009). Bu nedenle hemşire ve ebeveyn arasında açık iletişim kurularak çocukla ilgili bilgilerin ebeveynlerle paylaşılması gerekir (Tosun ve Güdücü Tüfekci

2015). Cesaretlendirme ebeveynlerin belirsizlik zamanında güven kazanmasına yardım eder. Hemşire ebeveynlerin yeni becerilere sahip olması ve önemli kararlar alması için güven ve destek sağlamalıdır (Conk ve ark 2018). Ebeveynlerin çocuklarının bakımına katılabilmeleri için kaldıkları servisi tanıması gerekir. Yapılan bir çalışmada hemşireler tarafından annelere kliniğin tanıtılma oranı % 31,2 olarak saptanmıştır (Tosun ve Güdücü Tüfekci 2015). Bu nedenle ebeveyn ve çocuk servise yattığında tuvalet, banyo, mutfak, oyun odası, yangın çıkışı, hemşire ve doktor odası gibi serviste bulunan yerler tanıtılmalıdır.

4.2.AMBDÖ Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çocukları cerrahi girişim geçiren ebeveynlerin aile merkezli bakımı değerlendirme düzeylerinin değerlendirildiği bu çalışmada ebeveynlerin AMBDÖ toplam puan ortalaması 85,2±15,8 olup ebeveynlerin aile merkezli bakım algısı düzeyi yüksektir (Çizelge 3.6). AMBDÖ'nin geliştirildiği çalışmada da ölçek toplam puan ortalaması 84,26±16,98 olarak saptanmıştır (Taş Arslan ve ark 2019). Literatür incelendiğinde yeni bir ölçek olması nedeniyle AMBDÖ kullanılarak yapılan çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle farklı pediatri kliniklerinde ve hastalıklarda aile merkezli bakımın değerlendirildiği çalışmalar tartışmada kullanıldı. Ebeveynlerin hastanede bulundukları süre içerisinde sunulan hemşirelik bakımını değerlendirdikleri Aile Merkezli Bakım Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalar incelendiğinde; aile merkezli bakım ölçeği puanlarının yüksek düzeyde olduğu, ebeveynlerin çocuklarına iyi bakım verildiğini düşündükleri saptanmıştır (Altıparmak ve Taş Arslan 2016, Arabiat ve ark 2018, Garlı ve Çınar 2020). Cerrahi girişim sürecinin farklı özellikleri nedeniyle ameliyat öncesi, sırası ve sonrası hasta ve yakınları hemşirelik bakımına daha fazla ihtiyaç duymaktadır (Kersu ve ark 2020). Literatür ile benzer şekilde bu çalışmada da ebeveynlerin aile merkezli bakımı değerlendirme düzeyleri yüksektir. Bu bulgu cerrahi kliniklerinde çocukları cerrahi girişim geçiren ebeveynlerin gereksinimlerinin hemşireler tarafından karşılandığı ve aile merkezli bakımın sunulduğunu göstermektedir.

AMBDÖ üç alt boyuttan oluşmakta olup, **destek alt boyutundan** alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 50'dir. Bu çalışmada ebeveynlerin AMBDÖ destek alt boyut puan ortalaması 38,4±7,7 olup, yüksek düzeydedir. Ölçeğin geliştirildiği çalışmada ise AMBDÖ destek alt boyut puan ortalaması

38,94±12,59 olarak saptanmıştır (Taş Arslan ve ark 2019). Çocuğun hastaneye yatması ve ameliyat süreci ebeveynler için strese neden olan bir durum olduğundan, bu süreçte ebeveynlere verilen destek, ebeveynlerin hastalıkla başa çıkmalarına yardımcı olur (Altay 2008, Sanjari ve ark 2009, Al-Akour ve ark 2012, Unesi ve ark 2017). Hemşireler ebeveynlerle en yakın ilişkide olan sağlık personelleri olduğu için ebeveynleri desteklemek için önemli bir konumdadır (Sanjari ve ark 2009, Al-Akour ve ark 2012, Conk ve ark 2018, Eskandari ve ark 2021). Hemşireler tarafından ebeveynlere verilen destek; duygusal destek, sosyal destek, bilgi verme, saygı desteği ve araçsal destek şeklinde olabilir (Al-Akour ve ark 2012, Akkoyun ve Taş Arslan 2019). Yapılan farklı çalışmalarda da ebeveynlerin hemşirelerden yüksek düzeyde destek aldığı belirlenmiştir (Sanjari ve ark 2009, Franck ve Axelin 2013, Özalp Gerçeker ve ark 2021). Bu çalışmaların yanı sıra ebeveynlerin hemşirelerden orta düzeyde sosyal destek (Al-Akour ve ark 2012, Eskandari ve ark 2021), düşük düzeyde bilgi desteği ve duygusal destek aldıklarını belirten çalışmalar da vardır (Aftyka ve ark 2017). Ebeveynlere sağlanan destek, stresi azaltmanın yanında ebeveynlik rolünün güçlendirilmesi açısından da önemlidir (Akkoyun ve Taş Arslan 2019).

AMBDÖ **iş birliği alt boyutundan** alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan 40'tır. Bu çalışmada ebeveynlerin AMBDÖ iş birliği alt boyut puan ortalaması 33,9±6,8 olup, yüksek düzeydedir. Ölçeğin geliştirildiği çalışmada ise AMBDÖ iş birliği alt boyut puan ortalaması 33,11±8,98 olarak saptanmıştır (Taş Arslan ve ark 2019). Hemşirenin çocuğun tedavisi hakkındaki kararlarda ebeveynlerin görüşlerini alması, ebeveynle açık iletişim kurarak soru sormasına izin vermesi ve soru sormaya cesaretlendirmesi gibi çocuğun bakımı ve sağlık hizmetlerinin tüm aşamalarında aile ile iş birliği yapmak aile merkezli bakım uygulamaları arasındadır (Atay ve ark 2011, Kuo ve ark 2011, Conk ve ark 2018). Alabdulaziz ve ark (2017)' nın çalışmasında hemşirelerin, ailenin bakım uygulamalarına katılımını sağlamanın ve onlarla işbirliği yaparak çalışmanın öneminin bilincinde oldukları belirlenmiştir. Başka bir çalışmada ise ebeveynlerin çocukla ilgili görüşlerini soran ve gözlemlerini dikkate alan sağlık personeline daha fazla güven duyduğu saptanmıştır (Delemos ve ark 2010).

AMBDÖ **saygı alt boyutundan** alınabilecek en düşük puan 3, en yüksek puan 15'tir. Bu çalışmada ebeveynlerin AMBDÖ saygı alt boyut puan ortalaması 12,9±2,7 olup, yüksek düzeydedir. Ölçeğin geliştirildiği çalışmada ise AMBDÖ

saygı alt boyut puan ortalaması 12,12±3,50 olarak saptanmıştır (Taş Arslan ve ark 2019). Çocuk ve ailesine saygı duymak aile merkezi bakımın temel ilkelerinden biridir (Atay ve ark 2011). Saygı, sağlık personelinin aile bireylerine nasıl davrandığıyla ve aile bireylerinin sağlık bakım ihtiyaçlarını karşılamak için yaptığı seçimlere nasıl saygı duyduğuyla ilgilidir (Phiri ve ark 2020). Al-Motlaq ve ark (2017)'nın çalışmasında ebeveynlerin %92'sinin hemşireler tarafından çocuğuna saygı duyulduğunu ifade ettiği belirtilmiştir. Ebeveynlere saygı duyulduğunun onlara hissettirilmesi önemlidir (Özalp Gerçeker ve ark 2021). Bu süreçte belli kültürel ve dini alışkanlıklara sahip ailelerin hastalıkla baş etmede kullandıkları yöntemlere ve bunların bakımla ilgili algılarına etkisine de saygı gösterilmelidir (Atay ve ark 2011, Kuo ve ark 2011, Conk ve ark 2018).

4.3. Çocuk ve Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre AMBDÖ Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde çocuk ve ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine göre AMBDÖ alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılmasına yer verildi.

4.3.1. Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre AMBDÖ Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puan Ortalamalarının Tartışılması

Çalışmada **çocukların yaş özellikleri** ile AMBDÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlendi (Çizelge 3.7). Bu çalışmadan farklı olarak literatürde çocuğun yaşına göre AMB algısının değiştiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Abdelkader ve ark 2016, Garlı ve Çınar 2020). Abdelkader ve ark (2016)'ın yaptığı çalışmada çocuğu bir yaşın altında olan ebeveynlerin bakıma katılımlarının diğer yaşta çocuğu bulunan ebeveynlere göre daha düşük olduğu, Garlı ve Çınar (2020)'ın çalışmasında ise 5-12 yaş aralığında çocuğu bulunan ebeveynlerin, daha küçük yaşta çocuğu sahip olan ebeveynlere göre hemşireler tarafından çocuğuna verilen bakımı daha iyi algıladıkları belirlenmiştir. Bunun yanında bu çalışma ile benzer şekilde çocuğun yaşının hemşirelerden alınan destek düzeyini (Sanjari ve ark 2009) ve bakımı (Arabiat ve ark 2018) etkilemediğini gösteren çalışmalar da vardır. Ebeveynler özellikle ameliyat sonrası dönemde yanlış bir uygulama yapmaktan ve çocuğuna zarar vermekten korktuğu için çocuğun bakım

uygulamalarını daha çok hemşireye bırakabilir. Aile merkezli bakım uygulamaları kapsamında ebeveynlere gerekli bilgi desteği sağlanarak bakım uygulamaları çocuğun yaş dönemine göre planlanmalı ve ebeveynler bu sürece dahil edilmelidir.

Çalışmada **çocukların cinsiyetleri** ile AMBDÖ ve alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir (Çizelge 3.7). Bu çalışma ile benzer olarak çocuğun cinsiyetinin verilen hemşirelik bakımını (Garlı ve Çınar 2020), ebeveynlere verilen hemşirelik desteğini (Al-Akour ve ark 2012, Franck ve Axelin 2013, Unesi ve ark 2017, Akkoyun ve Taş Arslan 2019) ve hemşirelik bakımından memnuniyeti (Mortensen ve ark 2015) etkilemediğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu durum hemşirelerin cinsiyet farkı gözetmeksizin her çocuğa eşit şekilde bakım verdiğini göstermektedir.

Çalışmada **daha önce hastaneye yatan çocukların** AMBDÖ saygı alt boyut puan ortalamasının daha önce hastaneye yatmayan çocuklardan yüksek olduğu, diğer alt boyut ve toplam ölçek puanlarının değişmediği belirlendi (Çizelge 3.7). Abdelkader ve ark (2016)'ın çalışmasında daha önce çocuğu hastaneye yatan ebeveynlerin çocuğunun bakımına daha fazla katıldığı, Coyne (2013)'nin çalışmasında ise daha önce çocukları hastanede yatan ebeveynlerin hemşirelerle daha iyi iletişim kurdukları belirtilmiştir.

Çalışmada **daha önce ameliyat olan çocukların** AMBDÖ iş birliği ve saygı alt boyut puan ortalamasının daha önce ameliyat olmayan çocuklardan yüksek olduğu, destek alt boyutu ve toplam ölçek puanlarının değişmediği belirlendi (Çizelge 3.7). Literatürde AMB uygulamaları kapsamında daha önce ameliyat olan çocukların ebeveynleri ile yapılan çalışmaya rastlanmamıştır. Çocuğu daha önce ameliyat olan ebeveynlerin ameliyat sonrası dönemde çocuğa nasıl yaklaşması gerektiği, sorun ve endişelerini hemşirelere nasıl ifade edeceği konusunda tecrübeli olmasının iş birliği ve saygı puan ortalamasının yüksek olmasını sağladığı düşünülmektedir.

Çalışmada 5-7 gündür hastanede yatan çocukların destek alt boyutu puan ortalamasının 8 gün ve üzeri yatan çocuklardan yüksek olduğu, diğer alt boyut ve toplam ölçek puanlarının değişmediği belirlendi (Çizelge 3.7). Bu çalışmadan farklı olarak literatürde hastanede kalış süresinin aile merkezli bakımın önemli kavramlarında biri olan sağlık personellerinin aileyi desteklemesi üzerinde etkili

olmadığını gösteren çalışmalar vardır (Sanjari ve ark 2009, Al-Akour ve ark 2012, Franck ve Axelin 2013, Unesi ve ark 2017). Bu çalışmaya benzer olarak Abdelkader ve ark (2016)'ın çalışmasında ebeveynlerin hastanede kalış süresi uzadıkça, çocuklarının bakımına daha az katıldıkları belirlenmiştir. Tsironi ve Koulierakis (2019)'ın çalışmasında ise hastanede 7 günden az kalan ebeveynlerin hemşirelik bakımından daha memnun olduğu tespit edilmiştir. Ameliyat sonrası ilk günlerde çocuk ve ebeveynlerin daha fazla desteğe ihtiyacı vardır. Ameliyat sonrası yatış süresi uzadıkça görülen desteğin azalması ebeveynin hastane ortamına uyum sağlamış olması, çocuğun bakım ve tedavisiyle ilgili daha fazla bilgi ve deneyime sahip olması ile ilgili olabilir.

Çalışmada çocukların kronik hastalık varlığı, ameliyatın planlı olma durumu ve ameliyat türünün sınıflandırılmasına göre AMBDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında bir fark olmadığı belirlendi (Çizelge 3.7). Abdelkader ve ark (2016)'nın çalışmasında ise hastaneye yatışı planlı olan ve kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin çocuklarının bakımına daha çok katıldığı belirlenmiştir. Kronik hastalığa sahip çocukların ebeveynlerinin çocuğun bakımıyla ilgili daha fazla bilgi ve beceriye sahip olması bakıma katılım düzeylerini etkileyebilir. Literatürde ameliyat olan çocukların ebeveynlerinin ameliyatın planlanma durumu ve ameliyat türünün sınıflandırılmasına göre aile merkezli bakım uygulamalarını değerlendirdiği çalışmaya rastlanmamıştır. Ameliyatın planlı ya da acil olması ve büyüklük durumu ameliyat sonrası dönemde ebeveynlerin bakım uygulamalarına katılımını ve hemşirelerden beklentilerini etkileyebileceğinden bu dönemdeki aile merkezli bakım uygulamaları çocuğun ameliyatla ilgili özellikleri dikkate alınarak planlanmalıdır.

4.3.2. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre AMBDÖ Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puan Ortalamalarının Tartışılması

Çalışmada **ebeveynlerin yaş grubuna göre** 40 yaş ve üzeri ebeveynlerin destek alt boyutu puan ortalamasının 31-39 yaş grubu ebeveynlerden, toplam ölçek puan ortalamasının ise diğer gruplardan yüksek olduğu, diğer alt boyut puanlarının değişmediği belirlendi (Çizelge 3.8). Bu sonuçların aksine yapılan bazı çalışmalarda ebeveynin yaş gruplarına göre hemşirelerden alınan desteğin (Sanjari ve ark 2009, Franck ve Axelin 2013, Unesi ve ark 2017) ve bakımın (Arabiat ve ark 2018) değişmediği saptanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre 40 yaş ve üzeri ebeveynler hemşireler tarafından daha fazla desteklendiklerini ve çocuklarının bakımın

genelinde de hemşireler tarafından bakıma daha fazla dahil edildiklerini ifade etmektedirler. Bu bulgu, 40 ve üzerinde yaşa sahip ebeveynlerin kendilerinin ya da çocuklarının daha önceden hastane deneyimi yaşamış olabilecekleri buna bağlı olarak aldıkları bakımı daha iyi bulduklarını düşündürmektedir.

Çalışmada **ebeveynlerin çocuk sayısına göre** iki ve üzeri çocuğa sahip ebeveynlerin destek, iş birliği, saygı alt boyutları ile toplam ölçek puan ortalamasının tek çocuğa sahip ebeveynlerden yüksek olduğu belirlendi (Çizelge 3.8). Bu sonuçların aksine ebeveynin çocuk sayısının hemşirelerden alınan destek düzeyini (Sanjari ve ark 2009, Al-Akour ve ark 2012, Unesi ve ark 2017) ve bakımı (Arabiat ve ark 2018) etkilemediğini saptayan çalışmalar da mevcuttur. İki ve üzeri çocuğa sahip annelerin doğum yaptığı için hastane ortamına aşina olması, çocuk bakımında daha tecrübeli olması gibi etkenler aile merkezli bakımın iyi uygulandığı sonucuna varmalarını sağlamış olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmada ebeveynlerin anne ya da baba olması, eğitim durumu, çalışma durumu ve aylık gelir durumuna göre AMBDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında bir fark olmadığı belirlendi (Çizelge 3.8). Raiskila ve ark (2016)'nın yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yaptığı çalışmada annelerin hemşirelik bakım kalitesini babalara göre biraz daha yüksek buldukları saptanmıştır. Bu çalışmayla benzer olarak ebeveynin anne ya da baba olmasının alınan hemşirelik bakımını (Arabiat ve ark 2018) ve çocuklarının bakımına katılım düzeylerini (Abdelkader ve ark 2016) etkilemediğini belirleyen çalışmalar da vardır. Ebeveynlerin eğitim durumunun verilen hemşirelik bakımını (Arabiat ve ark 2018, Garlı ve Çınar 2020), hemşirelerden alınan destek düzeyini (Franck ve Axelin 2013, Unesi ve ark 2017, Akkoyun ve Taş Arslan 2019) ve ebeveynlerin çocuklarının bakımına katılmasını etkilemediği (Abdelkader ve ark 2016) saptanan çalışmaların yanı sıra eğitim düzeyi düşük olan ebeveynlerin hemşirelerden daha yüksek duygusal destek aldıklarını (Sanjari ve ark 2009) ortaya koyan çalışmalar da vardır. Ebeveynlerle kurulan iletişimde eğitim durumları göz önünde bulundurulmalı ve verilen bilginin anlaşılır olmasına dikkat edilmelidir. Bu çalışma ile benzer olarak Sanjari ve ark (2009) ve Al-Akour ve ark (2012)'nın çalışmasında hemşirelerden alınan destek düzeyini ebeveynin ekonomik durumunun etkilemediği saptanmıştır. Hemşire ebeveynin ihtiyaçlarının farkında olmalı, ihtiyaç duyduğu kaynaklara ulaşmasını kolaylaştırmalıdır. Al-Akour ve ark (2012), Unesi ve ark (2017) ve Akkoyun ve Taş

Arslan (2019)'ın çalışmasında ise hemşirelerden alınan destek düzeyini ebeveynin çalışma durumunun etkilemediği saptanmıştır. Çalışan ebeveynler belli bir süre sonra refakatçi değişikliği yapmak durumunda kalabilir. Bu durum hemşirelerle olan iletişimi, bakıma katılım durumlarını, hemşirelik uygulamalarını değerlendirme durumlarını etkileyebileceğinden ebeveynin çalışma durumu dikkate alınmalıdır.

Çalışmada **daha önce çocuğuna/ çocuklarına hastanede refakat eden ebeveynlerin** AMBDÖ saygı alt boyut puan ortalamasının daha önce çocuğuna/ çocuklarına hastanede refakat etmeyen ebeveynlerden yüksek olduğu, diğer alt boyut ve toplam ölçek puanlarının değişmediği belirlendi (Çizelge 3.9). Ebeveynlerin daha önce çocuğuna hastanede refakat etmiş olmasının alınan hemşirelik bakımını etkilemediğini (Arabiat ve ark 2018) belirten bir çalışma olmakla birlikte, bu ebeveynlerin çocuklarının bakımına daha fazla katıldığı (Abdelkader ve ark 2016) ve hemşirelerle daha iyi iletişim kurduğunu (Coyne 2013) belirleyen çalışmalar da vardır.

Çalışmada **şu an hastanede yatan çocuğunun bakımına katılan ebeveynlerin** destek alt boyut puan ortalamasının şu an hastanede yatan çocuğunun bakımına katılmayan ebeveynlerden yüksek olduğu, diğer alt boyut ve toplam ölçek puanlarının değişmediği belirlendi (Çizelge 3.9). Yapılan çalışmalarda ebeveynlerin %95'i hastanede yatan çocuklarının bakımına katıldıklarını ifade etmiştir (Çakmak ve Karaçam 2018, Boztepe ve ark 2019). Ameliyat sonrası bakım sürecinde ebeveynlerin çocuklarının yanında bulunması ameliyat sonrası iyileşmeyi hızlandırmaktadır (Atay ve ark 2011). Aile merkezli bakımda hemşirelerin ebeveynleri çocuklarının bakımına katılması konusunda desteklemesi önemlidir (American Academy of Pediatrics 2003, Conk ve ark 2018). Tosun ve Güdücü Tüfekci (2015)'nin çalışmasında annelerin %68,3'ünün çocuğunun bakımına katılması konusunda desteklendiği, Mortensen ve ark (2015)'nın çalışmasında da ebeveynlerin hemşireler tarafından kendilerine sağlanan bakım ve destekten memnun oldukları belirtilmiştir. Coyne (2013)'nin çalışmasında ise ebeveynler hemşireler yoğun çalıştığı için çocuklarının banyo yapma, beslenme, giyinme gibi temel bakım gereksinimlerini kendilerinin yapması gerektiğini düşünmektedir. Aile merkezli bakım, ebeveynlerin çocuklarının tüm bakımını üstlenmesi gerektiği anlamına gelmemelidir. Ebeveynler yapmak istemedikleri ya da yapamadıkları uygulamalar için zorlanmamalı, bu konuda ebeveynlere suçluluk hissettirilmemelidir. Yapmak

istedikleri uygulamalar için ise desteklenmelidir (Shields 2010). Çalışmada ameliyat sonrası dönemde hastanede yatan çocuğunun bakımına katılan ebeveynlerin destek alt boyut puan ortalamasının yüksek olması, ebeveynlerin çocuğunun bakımına katılmayı istemesi halinde hemşirelerden bu konuda destek gördüklerini göstermektedir. Kolostomi, gastrostomi, trakeostomi açılması gibi çocuğun bedeninde geçici veya kalıcı değişikliğe neden olan ameliyatlar ebeveynlerin çocuğunun bakımına katılmak istememesine, çocuğuna bakım verirken korkmasına, nasıl bakım vereceğini bilememesine yol açabilir. Ameliyat sonrası dönemde hemşirenin ebeveyne çocuğun bakımıyla ilgili yeni bilgi ve beceriler kazandırması, bakıma katılımı için desteklemesi gerekir.

4.4.Ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Algısını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde çocuk ve ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine göre aile merkezli bakım algısını etkileyen faktörlere ilişkin bulguların tartışılmasına yer verildi.

Bu çalışmada yapılan ileri analiz sonucunda AMBDÖ'nin destek alt boyut puanına anlamlı düzeyde etkili olan değişken ebeveynin çocuk sayısıdır. Ebeveynin çocuk sayısı bir birim artığında destek puanı 1,612 artmaktadır. AMBDÖ'nin iş birliği alt boyut puanına anlamlı düzeyde etkili olan değişkenler ebeveynin çocuk sayısı ve tıbbi işlem sırasında çocuğunun yanında bulunmasına izin verilme durumudur. Ebeveynin çocuk sayısı bir birim artığında ölçek puanı 1,142 artmaktadır. Tıbbi işlem sırasında çocuğunun yanında bulunmasına izin verilen ebeveynlerin iş birliği puanı verilmeyenlere göre 5,078 daha fazladır. AMBDÖ'nin saygı alt boyut puanına anlamlı düzeyde etkili olan değişken hastanede yatış süresidir. Hastanede yatış süresi bir birim artığında saygı puanı 0,062 artmaktadır. AMBDÖ'nin toplam ölçek puanına anlamlı düzeyde etkili olan değişkenler ebeveynin çocuk sayısı ve tıbbi işlem sırasında çocuğunun yanında bulunmasına izin verilme durumudur. Ebeveynin çocuk sayısı bir birim artığında ölçek puanı 3,071 artmaktadır. Tıbbi işlem sırasında çocuğunun yanında bulunmasına izin verilen ebeveynlerin ölçek toplam puanı verilmeyenlere göre 9,448 daha fazladır (Çizelge 3.10).

Çalışmada ebeveynin çocuk sayısının ve tıbbi işlem sırasında çocuğunun yanında bulunmasına izin verilme durumunun ölçek puanını etkileyen değişkenler

olduğu saptanmıştır. Çocuk sayısı fazla olan ve tıbbi işlem sırasında çocuğunun yanında bulunmasına izin verilen ebeveynler, cerrahi girişim sonrası çocuğuna daha iyi hemşirelik bakımı verildiğini düşünmektedir. Çocuk sayısı fazla olan ebeveynlerin hastane ortamına daha aşina olması, çocuk bakımında daha fazla deneyim sahibi olması gibi etkenlerin ebeveynlerin aile merkezli bakım algısı düzeyinin yüksek olmasında rol oynadığı düşünülmektedir. Tıbbi işlem sırasında ebeveynlerin çocuğun yanında bulunması çocukta korku ve anksiyeteyi azaltarak yapılacak işlemi kolaylaştırmaktadır. Bu durumun tıbbi işlem sırasında çocuğunun yanında bulunmasına izin verilen ebeveynlerin aile merkezli bakım algısı düzeyinin yüksek olmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde AMBDÖ puanını etkileyen faktörlere ilişkin analiz yapan çalışmaya rastlanmamıştır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Bu çalışma; çocukları cerrahi girişim geçiren ebeveynlerin aile merkezli bakım algısını ve bu algıyı etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı. Bu çalışma sonucunda;

- Ebeveynlerin büyük çoğunluğunun (98,4) şu an hastanede yatan çocuğunun bakıma katıldığı, en fazla katıldıkları uygulamaların çocuğun öz bakım gereksinimleri yerine getirme, yatak içi pozisyon verme/yürümesine yardımcı olma ve tedavileri sırasında çocukları tutma olduğu, en az katıldıkları uygulamaların ise aspirasyon uygulamaları, oksijen verme ve yara bakımı yapma olduğu,

- Ebeveynlerin %73,3'nün çocukları ile ilgili kararlara katıldıkları, katılmayan ebeveynlerin kararların doktorların vermesi (%90,2) ve bilinmezlik (%62,7) nedeniyle kararlara katılmadıkları,

- Ebeveynlerin %86,4'ünün tıbbi işlemler sırasında çocuklarının yanında kalmak istedikleri, %89,5'ine tıbbi uygulamalar sırasında çocuğunun yanında kalmasına izin verildiği, tıbbi işlemler sırasında çocuğunun yanında kalmak istemeyenlerin çocuğunun ağladığını/ üzüldüğünü görmek istememesi (%80,8) ve işlem sırasında hata yapmaktan korkması (%57,7) nedeniyle kalmak istemedikleri, tıbbi işlemler sırasında çocuğunun yanında kalmasına izin verilmemesinin nedenlerinin de ebeveynin işleme müdahale edeceği ya da işlemi yaptırmak istemeyeceği (%65,0) ve çocuğun bakım-tedavisinde aksamalara neden olacağı düşüncesinin olduğu (%55,0),

- Kliniklerde aile merkezli bakım kapsamında sunulan hizmetler kapsamında ebeveynlerin en fazla sağlık personelleri tarafından saygı gördüğü (%90,1), çocuğun hastalığı ve tedavisi hakkında düzenli olarak bilgilendirildikleri (%89,5) ve sağlık personelleri tarafından dinlenildikleri (%78,5), en az ise çocuk ve ebeveynin gereksinimlerinin anlaşılması (%69,6), çocuk hastaneye yattığında servisin tanıtımının yapılması (%69,1) ve çocuğu hakkındaki kararlara katılması konusunda cesaretlendirilmesi (%61,8) olduğu,

- Çocukları cerrahi girişim geçiren ebeveynlerin AMBDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamasının yüksek olduğu saptandı.

- AMBDÖ'nün alt boyut ve toplam puan ortalamalarının ebeveynlerin ve çocukların bazı özelliklerine göre değiştiği belirlendi. Bu özelliklere göre;
    - İki ve üzeri çocuğa sahip olan ebeveynlerin, şu an hastanede yatan çocuğunun bakımına katılan ebeveynlerin, hastanede 5-7 gündür yatan ebeveynlerin, 40 yaş ve üzeri olan ebeveynlerin destek alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu,
    - Çocuğu daha önce ameliyat olan ebevenylerin ve iki ve üzeri çocuğa sahip olan ebeveynlerin iş birliği alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu,
    - Çocuğu daha önce hastaneye yatan ebevenylerin, çocuğu daha önce ameliyat olan ebeveynlerin, iki ve üzeri çocuğa sahip olan ebeveynlerin ve daha önce çocuğuna/ çocuklarına hastanede refakat eden ebeveynlerin saygı alt boyutu puan ortalaması daha yüksek olduğu,
    - 40 yaş ve üzeri olan ebeveynlerin ile iki ve üzeri çocuğa sahip ebeveynlerin ölçek toplam puanının daha yüksek olduğu,
- Çalışmada ebeveynin çocuk sayısının ve tıbbi işlem sırasında çocuğunun yanında bulunmasına izin verilme durumunun toplam ölçek puanını etkileyen değişkenler olduğu saptandı.

5.2. Öneriler

Hemşirelere Yönelik Öneriler

- Çocuk ve ebeveynlerin sahip olduğu haklar, tedavi ve bakım konusunda bilgilendirilmesi,
- Cerrahi girişimin tüm dönemlerinde ebeveynlerin bakıma dahil edilmesi,
- Çocuk ve ebeveynlerin bireysel özellikleri dikkate alınarak bireyselleştirilmiş bakımın planlanması önerilmektedir.

Kurumsal Öneriler

- Aile merkezli bakım uygulamalarının daha etkili uygulanabilmesi için kurumdaki hemşire sayısının artırılması,

- Aile merkezli bakım uygulamalarının benimsenmesi için hastanelerde protokollerin oluşturulması,
- Sağlık personellerine aile merkezli bakım modeliyle ilgili kurum içi eğitim verilmesi,
- Ebeveynlere sosyal destek sağlamak için aile destek grupları oluşturulması önerilmektedir.

Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- Farklı cerrahi girişim geçiren farklı yaş gruplarındaki çocuklara sahip olan ebeveynlere ve bu çocuklara bakım veren hemşirelerin aile merkezli bakım algılamalarını belirlemeye yönelik daha fazla çalışmanın yapılması önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

Abdelkader R, Arabiat DH, Holmes SL, Hamdan-Mansour A, 2016. Socio-demographic correlates of parents' participation in care of a hospitalized child: A perspective from a developing country. Journal of Child Health Care, 20, 3, 374-383.

Aftyka A, Rozalska-Walaszek I,Wrobel A, Bednarek A, Dabek K, Zarzycka D, 2017. Support provided by nurses to parents of hospitalized children-cultural adaptation and validation of nurse parent support tool and initial research results. Scand J Caring Sci, 31, 1012-1021.

Akgün Kostak M, Kocaaslan EN, 2019. Pediatrik cerrahi kliniğinde aile merkezli bakım. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. Editör: Geçkil E, Türkiye Klinikleri, 1. Baskı, Ankara, 33-37.

Akkoyun S, Taş Arslan F, 2019. Investigation of stress and nursing support in mothers of preterm infants in neonatal intensive care units. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 33, 2, 351-358.

Alabdulaziz H, Moss C, Copnell B, 2017. Paediatric nurses' perceptions and practices of family-centred care in saudi hospitals: A mixed methods study. International Journal of Nursing Studies, 69, 66-77.

Altıparmak D, Taş Aslan F, 2016. Aile Merkezli Bakım Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. J Pediatr Res, 3, 2, 97-103.

Aldem M, Geçkil E, 2019. Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım kavramı ve ilkeleri. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. Editör: Geçkil E, Türkiye Klinikleri 1. Baskı, Ankara, 1-4.

Al-Akour NA, Gharaibeh M, Al-Sallal RAK, 2012. Perception of Jordanian mothers to nursing support during their children hospitalisation. Journal of Clinical Nursing, 22, 233-239.

Al-Sagarat AY, AL- Oran HM, Obeidat H, Hamlan AM, Moxham L, 2017. Preparing the family and children for surgery. Critical Care Nursing Quarterly, 40, 2, 99-107.

Al-Motlaq M, Abuidhail J, Salameh T, Awwad W, 2017. Development and validation of an instrument to assess the implementation of family-centered care in traditional open bay neonatal intensive care units. Early Child Development and Care, 187, 1, 168-177.

Altay NC, 2008. Çocuklarda ameliyat öncesi hazırlık. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 15, 2, 68-76.

American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care, 2003. Family-centered care and the pediatrician's role. Pediatrics, 112, 3, 690-697.

Andsoy I, Mohamed Alsawi SO, 2018. Cerrahi girişim uygulanacak çocukların babalarının ameliyat hakkında bilgi ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. J Contemp, 8, 3, 264-270.

Arabiat D, Whitehead L, Foster M, Shields L, Harris L, 2018. Parents experiences of family centred care practices. Journal of Pediatric Nursing, 42, 39-44.

Arıkan D, Güdücü Tüfekci F, Taştekin A, 2007. Çocuk kliniklerindeki refakatçilerin hastanede yaşadıkları sorunlar, beklentileri ve problem çözme düzeyleri ile ilişkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10, 2.

Aykanat B, Gözen D, 2014. Çocuk sağlığı hemşireliğinde aile merkezli bakım yaklaşımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3, 1, 683-695.

Atay G, Eras Z, Ertem İ, 2011. Çocuk hastaların hastane yatışları sırasında gelişimlerinin desteklenmesi. Çocuk Dergisi, 11, 1, 1-4.

Başbakkal Z, Sönmez S, Şen Celasin N, Esenay F, 2010. 3-6 yaş grubu çocuğun akut bir hastalık nedeniyle hastaneye yatışa karşı davranışsal tepkilerinin belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilim Dergisi, 7, 1, 456-468.

Boztepe H, 2009. Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 1, 2, 88-93.

Boztepe H, Çavuşoğlu H, 2009. Bir üniversite hastanesindeki uygulamaların aile merkezli bakım yönünden incelenmesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 11-24.

Boztepe H, 2012. Pediatri hemşirelerinin ağrılı işlemler sırasında ebeveynlerin bulunması hakkında görüşleri. AĞRI, 24, 4, 171-179.

Boztepe H, Kerimoğlu Yıldız G, 2017. Nurses perceptions of barriers to implementing family centered care in a pediatric setting: A qualitative study. J Spec Pediatr Nurs, 22, 1-8.

Boztepe H, Kerimoğlu Yıldız G, Çınar S, Ay A, 2019. Çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin aile merkezli bakım alma durumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi, 10, 4, 748-755.

Bulut HK, Çalık KY, 2020. Doktorların ve hemşirelerin, ebeveynlerin invaziv prosedürlere katılımına ilişkin görüşleri. JPMA, 70, 2, 231-235.

Butler A, Copnell B, Willetts G, 2014. Family-centred care in the paediatric intensive care unit: an integrative review of the literature. J Clin Nurs, 23, 15-16, 2086-99.

Chorney JM, Kain ZN, 2010. Family-centered pediatric perioperative care. Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists, 112, 3, 751-755.

Cimete G, Kuğuoğlu S, Dede Çınar N, 2018. Çocuk, hastalık ve hastane ortamı. İçinde: Pediatri hemşireliği. Editörler: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B, 2. Baskı, Ankara, Akademisyen Kitabevi, 130-138.

Coats H, Bourget E, Starks H, Lindhorst T, Saiki-Craighill S, Curtis JR, 2018. Nurses' reflections on benefits and challenges of ımplementing family-centered care in pediatric ıntensive care units. Am J Crit Care, 27, 1, 52-58.

Cockcroft S, 2012. How can family centered care be ımproved to meet the needs of parents with a premature baby in neonatal ġntensive care? Journal of Neonatal Nursing, 18, 105-110.

Cohen J, Cohen P, West S, Aiken L, 2003. Applied multiple regression correlation analysis for the behavioral Sciences. Routledge, Lavrence Erlbaum Associates.

Commıttee On Hospıtal Care And Instıtute For Patıent-And Famıly-Centered Care, 2012. Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. Pediatrics, 129, 2, 394-404.

Conk Z, Başbakkal Z, Yardımcı F, 2018. Çocuk sağlığına genel bakış. İçinde: Pediatri hemşireliği. Editörler: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B, Ankara, Akademisyen kitabevi, 41-45.

Coyne I, O'Neill C, Murphy M, Costello T, O'Shea R, 2011. What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. Journal Of Advanced Nursing, 67, 2561-2573.

Coyne I, 2013. Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centred care: Hidden expectations and unclear roles. Health Expectations, 18, 5, 796-808.

Çağlar S, Ar I, Yaşa B, Kurt Ş, 2019. Yeni doğan yoğun bakım ünitesinde aile merkezli bakım: Anne görüşleri. Sted, 28,2, 120-126.

Çakmak E, Karaçam Z, 2018. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan anneler için bakıma katılımı değerlendirme ölçeği: Ölçek geliştirme, geçerlik ve güvenirliği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 21, 2, 69-78.

Çatalbaş M, Manav G, Ocakçı AF, 2015. Kalp hastalığı olan down sendromlu çocukların ebeveynlerinin umutsuzluk düzeylerine aile merkezli hemşirelik yaklaşımı. MÜSBED, 5, 3, 154-161.

Çavuşoğlu H, 2018. Pediatri kliniklerinde aile merkezli bakımda yaşanan sorunlar ve yeni yaklaşımlar. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci, 10, 4, 344-53.

Çiftçi EK, Aydın D, Karataş H, 2016. Cerrahi girişim uygulanacak çocukların ebeveynlerinin endişe nedenleri ve anksiyete durumlarının belirlenmesi. J Pediat Res, 3, 1, 23-29.

Coyne I, 2013. Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centred care: Hidden expectations and unclear roles. Health Expectations, 18, 796-808.

Cuzzocrea F, Gugliandolo MC, Larcan R, Romeo C, Turiaco N, Dominici T, 2013. A psycological preoperative program: Effects on anxiety and cooperative behaviors. Pediatr Anesth, 23, 2, 139-143.

Davies R, 2010. Marking the 50th anniversary of the platt report: fromexclusion, to toleration and parental participation in the care of the hospitalized child. Journal of Child Health Care, 14, 6-23.

Davidson JE, 2017. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. Critical Care Medicine, 45, 1, 103-128.

Delemos D, Chen M, Romer A, Brydon K, Kastner K, Anthony B, 2010. Building trust through communication in the intensive care unit: HICCC. Pediatric Critical Care Medicine, 11, 378-384.

Dur Ş, Gözen D, Bilgin M, 2016. Devlet ve özel hastanedeki hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin tutum ve davranışları. The Journal of Current Pediatrics, 14, 1-9.

Ebrahim S, Singh S, Parshuram C, 2013. Parental satisfaction, involvement, and presence after pediatric intensive care unit admission. Journal of Critical Care, 28, 40-45.

Eichner JM, Johnson BH, Betts JM, Chitkara MB, Jewell JA, Lye PS, 2012. Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. Pediatrics, 129, 2, 394-404.

Eras Z, Atay G, Bingöler Pekici EB, 2011. Çocuklara verilen sağlık hizmetlerinde bütüncül izlem modeli. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 18, 3, 199-202.

Erdeve Ö, 2009. Aile merkezli bakım ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi tasarımında ailenin yeri. Gülhane Tıp Dergisi, 51, 199-203.

Eskandari S, Mirhaghjou SN, Maleki M, Mardani A, Gholami M, Harding C, 2021. Identification of the range of nursing skills used to provide social support formothers of preterm ınfants in neonatal ıntensive care. Critical Care Research and Practice, 4, 1-7.

Feeg VD, Paraszczuk AM, Çavuşoğlu H, Shields L, Pars H, Al Mamun A, 2016. How is family centered care perceived by healthcare providers from different countries? An ınternational comparison study. J Pediatr Nurs, 31, 3, 267-76.

Frazier A, Frazier H, Warren NA, 2010. A discussion of family-centered care within the pediatric intensive care unit. Critical Care Nursing Quarterly, 33, 1, 82-86.

Franck LS, Axelin A, 2013. Differences in parents', nurses' and physicians' views of NICU parent support.
Acta Paediatr, 102, 6, 590-596.

Fronk E, Billick SB, 2020. Pre-operative anxiety in pediatric surgery patients: multiple case study analysis with literature review. Psychiatric Quarterly, 91, 1439-1451.

Ford K, Campbell S, Carter B, Earwaker L, 2018. The concept of child-centered care in health care: A scoping review protocol. JBI Database System Rev Implement Rep, 16, 4, 845-848.

Fortier MA, Del Rosario AM, Martin SR, Kain ZN, 2010. Perioperative anxiety in children. Pediatric Anesthesia, 20, 4, 318-322.

Foster M, Whitehead L, Maybee P, 2016. The parents', hospitalized child's, and health care providers' perceptions and experiences of family-centered care within a pediatric critical care setting: a synthesis of quantitative research. Journal of Family Nursing. 22, 1, 6-73.

Foster MJ, Whitehead L, Maybee P, Cullens V, 2013. The parents' hospitalized child's, and health care providers' perceptions and experiences of family centered care within a pediatric critical care setting: A metasynthesis of qualitative research. Journal of Family Nursing, 19, 4, 431-68.

Foster M, Whitehead L, Maybee P, 2010. Parent's and health professionals perceptions of family centred care for children in hospital in developed and developing countries: A review of the literature. International Journal of Nursing Studies, 47, 1184-93.

Garlı A, Çınar N, 2020. Hastanede çocuğu yatan ebeveynlerin aile merkezli hemşirelik bakımıyla ilgili deneyimleri. EGE HFD, 36, 1, 35-44.

Günay U, Polat S, 2014. The effect of famıly centered care on the anxıety levels of the chıldren wıth cancer and parents. The 5th Congress of the European Academy of Paediatric es-EAPS, 17-21.

Günay U, Polat S, 2017. Pediatrik onkoloji kliniğinde verilen aile merkezli bakım eğitiminin değerlendirilmesi: Hekim ve hemşire görüşleri. Bozok Tıp Dergisi, 7, 1, 12-21.

Güdücü Tüfekci F, Kara A, 2019. Pediatride aile merkezli bakım uygulamalarının durumu, uygulamada karşılaşılan güçlükler ve geliştirilmesi için öneriler. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. Editör: Geçkil E, Türkiye Klinikleri 1. Baskı. Ankara, 44-48.

Hallaç S, Öz F, 2014. Aile kavramına kuramsal bir bakış. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6, 2, 142-153.

Harrison TM, 2010. Family-centered pediatric nursing care: State of the science. Journal of Pediatric Nursing, 25, 5, 335-43.

Hill C, Knafl KA, Santacroce SJ, 2018. Family-centered care from the perspective of parents of children cared for in a pediatric ıntensive uare unit: An integrative review. Journal of Pediatric Nursing, 41, 22-33.

Institute for Patient and Family-Centered Care. Erişim adresi: http://www.ipfcc.org. Erişim tarihi: 27.01.2020.

İşler A, Conk Z, 2006. Pediatride aile merkezli bakım. Ege Pediatri Bülteni, 13, 3, 187-193.

Johnson BH, Abraham MR, 2012. Partnering with patients, residents, and families: A Resource for Leaders of Hospitals, Ambulatory Care Settings, and Long-Term Care Communities. Bethesda, MD: Institute for Patient- and Family-Centered Care, Erişim adresi: http://www.ipfcc.org. Erişim tarihi: 27.01.2020.

Jolley J, Shields L, 2009. The evolution of family-centered care. Journal of Pediatric Nursing, 24, 2, 164-170.

Kain ZN, Mayes LC, Caldwell-Andrews AA, Karas DE, McClain BC, 2006. Preoperative anxiety, postoperative pain, and behavioral recovery in young children undergoing Surgery. Pediatrics, 118, 2, 651-658.

Kersu Ö, Mert Boğa S, Köşgeroğlu N, Aydın Sayılan A, İlter G, Baydemir C, 2020. Cerrahi servislerinde yatan hastaların hemşirelik bakım kalitesi algılamaları ile memnuniyet durumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 17, 1, 32-39.

Khalaf I, Abdelkader R, Kridli S, Arabiat D, Alrimawi I, 2016. Parents Involvement in child's care in an arab pediatric setting. Health Science Journal, 10, 4, 1-6.

Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhltau KA, Simmons JM, Neff JM, 2011. Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. Matern Child Health Journal, 16, 297-305.

Lin C J, Liu HP, Wang PY, Yu MH, Lu MC, Hsieh LY, Lin TC, 2019. The effectiveness of preoperative preparation for ımproving perioperative outcomes in children and caregivers. Behavior Modification, 43, 3, 311-329.

Lindly OJ, Geldhof GJ, Acock AC, Sakuma KK, Zuckerman KE, Thorburn S, 2017. Family-centered care measurement and associations with unmet health care need among us children. Acad Pediatr, 17, 656-664.

Mackay LJ, Gregory D, 2011. Exploring family-centered care among pediatric oncology nurses. J Pediatr Oncol Nurs, 28, 1, 43-52.

Madrigal V, Carroll K, Hexem K, Faerber J, Morrison W, Feudtner C, 2012. Parental decision-making preferences in the pediatric intensive care unit. Critical Care Medicine, 40, 2876-2882.

Mortensen J, Simonsen B, Eriksen S, Skovby P, Dall R, Elklit A, 2015. Family-centered care and traumatic symptoms in parents of children admitted to PICU. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 29, 495-500.

Mucuk S, Cimke S, 2017. Mothers' participation in the hospitalized children's care and their satisfaction. International Journal of Caring Sciences, 10, 3, 1643.

O'Brien K, Bracht M, Robson K, Ye XY, Mirea L, Cruz M, Ng E, Monterrosa L, 2015. Evaluation of the family ıntegrated care model of neonatal intensive care: a cluster randomized controlled trial in Canada and Australia. BMC Pediatrics. 15, 210-220.

Özalp Gerçeker G, Özdemir EZ, Ayar D, Bektaş İ, Bektaş M, 2021. Hemşire-ebeveyn desteğinin çocuk kliniğinde yatan çocukların ebeveynlerinin stres düzeylerine etkisi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12, 2, 458-463.

Özkan S, Taş Arslan F, 2018. Hastanede yatan çocukta aile merkezli bakım. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, 12, 161-79.

Özpınar B, 2011. Çocuk hastaların hakları. Çalışma Ortamı, 115, 19-20.

Öztürk C, Ayar D, 2014. Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 7, 4, 315-320.

Panella JJ, 2016. Preoperativecare of children: Strategies from a child life perspective. AORN Journal, 104, 1, 11-22.

Phiri PGMC, Chan CWH, Wong CL, 2020. The scope of family-centred care practices, and the facilitators and barriers to ımplementation of family-centred care for hospitalised children and their families in developing countries: An ıntegrative review. Journal of Pediatric Nursing, 55, 10-28.

Raiskila S, Lehtonen L, Tandberg BS, Normann E, Ewald U, Caballero S, Varendi H, Toome L, Nordhov M, Hallberg B, Westrup B, Montirosso R, Axelin A, 2016. Parent and nurse perceptions on the quality of family-centred care in 11 European NICUs. Australian Critical Care, 29, 201-209.

Resmi Gazete, 03.03.2020. 31057 (mükerrer) sayılı **"**Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ''. Erişim adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/03/20200303M1.htm. Erişim tarihi: 05.01.2020.

Romaniuk D, O'Mara L, Akhtar-Danesh N, 2014. Are parents doing what they want to do? Congruency between parents' actual and desired participation in the care of their hospitalized child. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 37,2, 103-121.

Sadhasivam S, Cohen LL, Szabova A, Varughese A, Kurth CD, 2009. Real-time assessment of perioperative behaviors and prediction of perioperative outcomes. Anesth Analg, 108, 822-826.

Sanjari M, Shirazi F, Heidari S, Salemi S, Rahmani M, Shoghi M, 2009. Nursing Support for Parents of Hospitalized Children. Issues Compr Pediatr Nurs, 32, 3, 120-130.

Sarıkaya Karabudak S, Ak B, Başbakkal Z, 2010. Girişimler sırasında aile üyeleri nerede olmalı? Türk Ped Arş, 45, 53-60.

Seval M, Kurt A, 2020. Çocuk yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören çocuğun ve ailesinin güçlendirilmesi. JAREN, 6, 2, 388-394.

Shields L, Tanner A, 2004. Pilot study of a tool to ınvestigate perceptions of family-centered care in different care settings. Pediatric Nursing Journal, 30, 3, 189-96.

Shields L, 2010. Questioning family-centred care. Journal of Clinical Nursing, 19, 2629-38.

Shields L, 2011. Family-Centered Care: Effective care deliver yor sacred cow?. Forum on Public Policy, 1, 1-10.

Shields L, Zhou H, Pratt J, Taylor M, Hunter J, Pascoe E, 2012. Family-centred care for hospitalised children aged 0-12 years. Cochrane Database Systematische Rewievs, 17, 10.

Sheyback M, Akaberian S, Azodi P, Mirzaei K, 2018. Comparative study of effect of two methods of family-centered and child-centered education on preoperative anxiety in 6-12year-old children in bushehr city. Prensa Med Argent, 104, 5.

Shirazi ZH, Sharif F, Rakhshan M, Pishva N, Jahanpour F, 2015. The obstacles against nurse-family communication in family-centered care in neonatal ıntensive care unit: a qualitative study. Journal of Caring Sciences, 4, 3, 207-216.

Smith W, 2018. Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. J Pediatr Nurs, 42, 57-64.

Şener DK, Karaca A, 2017. Mutual expectations of mothers of hospitalized children and pediatric nurses who provided care: Qualitative study. J Pediatr Nurs, 34, 22-28.

Taş Arslan F, Geçkil E, Aldem M, Çelen R, 2019. The family-centered care assessment scale: Development and psychometric evaluation in a turkish sample. Journal of Pediatric Nursing, 48, 35-41.

Taşdemir N, Yavuz M, 2008. Cerrahi hemşireliğinde aile merkezli yaklaşım. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 24, 1, 91-99.

Tallon MM, Kendall GE, Snider PD, 2015. Rethinking family-centred care for the child and family in hospital. Journal of Clinical Nursing, 24 (9-10), 1426-35.

Tomlinson PS, Thomlinson E, Peden-McAlpine C, Kirschbaum M, 2002. Clinical innovation for promoting family care in paediatric intensive care: Demonstration, role modelling and reflective practice. Journal of Advanced Nursing, 38, 2, 161-170.

Tosun A, Güdücü Tüfekci F, 2015. Çocuk kliniklerinde aile merkezli bakım uygulamalarının incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 18, 2, 131-139.

Törüner EK, Büyükgönenç L, 2011. Çocuk Sağlığı. Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Ankara: Göktuğ Yayıncılık, 24-25.

Törüner E, Büyükgönenç L, 2012. Çocuk Sağlığı Hemşireliği: Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Gökçe Ofset, Ankara, 24-25.

Tsıronı S, Koulıerakıs G, 2019. Factors affecting parents' satisfaction with pediatric wards. Japan Journal of Nursing Science, 16, 212-220.

Uniacke S, Browne TK, Shields L, 2018. How should we understand family-centred care? J Child Health Care, 22, 3, 460-9.

Unesi Z, Nakhaee S, Nasirizade M, Izad Panah A, 2017. Evaluation of the relationship between perceived nursing support and parental stress among mothers of hospitalized preterm ınfants in neonatal ıntensive care units. Modern Care Journal, 14, 4, e66594.

Ünver S, Yıldırım M, 2013. Cerrahi girişim sürecinde çocuk hastaya yaklaşım. Güncel Pediatri, 11, 128-133.

Watt L, Dix D, Gulati S, Sung L, Klaassen RJ, Shaw NT, Klassen AF, 2013. Family-centred care: A qualitative study of Chinese and South Asian immigrant parents' experiences of care in paediatric oncology. Child Care Health and Development, 39, 2, 185-93.

Yavaş Çelik M, 2018. Çocuk hastalarda aile merkezli bakım ve hemşirelik. Sağlık ve Toplum, 28, 1, 26-31.

Yıldız Fındık Ü, 2016. Cerrahi süreç: Ameliyat sonrası bakım ve komplikasyonların önlenmesi. Cerrahi Bakım: Vaka analizleriyle birlikte. Editör: Eti Aslan F, Akademisyen kitabevi, Ankara, 441.

Yılmaz M, 2016. Cerrahi hastanın değerlendirilmesi. Cerrahi Bakım: Vaka analizleriyle birlikte. Editör: Eti Aslan F, Akademisyen kitabevi, Ankara, 287-317.

Yılmaz E, 2016. Cerrahi süreç: Ameliyat öncesi hazırlık ve bakım. Cerrahi Bakım: Vaka analizleriyle birlikte. Editör: Eti Aslan F, Akademisyen kitabevi, Ankara, 319-345.

Yılmaz ÖE, Gözen D, 2019. Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakımın önemi ve bakım kalitesini geliştirmedeki değeri. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. Editör: Geçkil E, Türkiye Klinikleri 1. Baskı, Ankara, 5-11.

7. EKLER

EK-A: Tanıtıcı Bilgi Formu

"*Aile merkezli bakım; çocuğun yetiştirilmesinde ailenin rolünü kabul eden, saygı duyan, aile bireylerinin güçlerini ve seçimlerini destekleyen, çocuğun hastalık sürecinde normal yaşam örüntülerini geliştiren bakım yaklaşımıdır"*. Bu kapsamda araştırma, ameliyat olan çocukların ebeveynlerinin aile merkezli bakım algısı incelemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz ve cevaplarınız araştırmanın güvenilirliğini etkileyecektir. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Büşra ÇAKIR

Anket Sıra No:

a) Çocuğun Sosyo-demografik Özellikleri

1. Yaş:……..

2. Cinsiyet: 1. Kız ( ) 2. Erkek ( )

3. Kaçıncı çocuk…….

b) Çocuğun Geçmiş ve Şimdiki Sağlık/Hastalık Özellikleri

4. Çocuğunuzun kronik hastalığı var mı? Yanıtınız evet ise hastalığın ismini belirtiniz.

1.Evet ( )……..... 2.Hayır ( )

5. Çocuğunuz daha önce hastaneye yattı mı? Yanıtınız evet ise kaç kez yattı?

1.Evet ( ) …….. 2.Hayır ( )

6. Çocuğunuz daha önce ameliyat oldu mu? Yanıtınız evet ise ne ameliyatı oldu?

1.Evet ( ) …… 2.Hayır ( )

7. Çocuğunuzun ameliyatı planlı ameliyat mı, acil ameliyat mı?

1) Planlı ( ) 2) Acil ( )

8. Çocuğa yapılan ameliyat: ……..... (Dosyadan elde edilecektir)

9. Kaç gündür hastanede yatıyorsunuz? : ……/gün

c) Ebeveynin Sosyo-demografik Özellikleri

10. Ebeveyn: 1) Anne ( ) 2) Baba ( )

11. Yaşınız:…….

12. Çocuk sayınız: ……

13. Eğitim durumunuz:

1. İlkokul ( ) 2.Ortaokul ( ) 3. Lise ( ) 4.Üniversite ( ) 5. Üniversite üzeri ( )

14. Çalışma durumunuz: 1. Evet ( ) 2.Hayır ( )

15. Aylık gelir durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

1. Gelir giderden az ( )
2. Gelir gidere eşit ( )
3. Gelir giderden fazla ( )

d) Ebeveynin Önceki ve Şimdiki Hastane Deneyimleri

16. Daha önce çocuğunuza/ çocuklarınıza hastanede refakat ettiniz mi? (Yanıtınız hayır ise 18. soruya geçiniz).

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

17. Daha önceki hastaneye yatışınız sırasında çocuğunuzun bakımına katıldınız mı?

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

18. Şu an hastanede yatan çocuğunuzun bakımına katılıyor musunuz? (Yanıtınız hayır ise 20. soruya geçiniz).

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

19. Çocuğunuzun bakımında hangi uygulamalara katılıyorsunuz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Uygulamalar	**1.Evet**	**2. Hayır**
1. İlaç uygulama		
2. Oksijen verme		
3. Aspirasyon uygulama		
4. Soğuk uygulama yapma		
5. Tedaviler sırasında çocuğu tutma		
6. Yatak içi pozisyon verme/ yürümesine yardımcı olma		
7. Öz bakım gereksinimlerini yerine getirme (Yemek yedirme, kıyafetlerini değiştirme, diş fırçalama, banyo yaptırma, boşaltım ihtiyacına yardımcı olma vb.)		
8. Yatak çarşafını değiştirme		
9. Yara bakımını yapma		
10. Diğer.....		

20. Yanıtınız hayır ise bakıma katılmama nedenleriniz nelerdir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Nedenler	**1. Evet**	**2. Hayır**
1. Çalışanlar bakıma katılmama izin vermiyor		
2. Hata yapmaktan korkuyorum		
3. Çocuğumun canını yakmaktan korkuyorum		
4. Çalışanlar bakıma katıldığımda kızıyor		
5. Nasıl bakım vereceğimi bilmiyorum		
6. Bakıma katılmak istemiyorum		
7. Diğer……		

21. Çocuğunuz hakkındaki kararlara katılıyor musunuz? (Yanıtınız evet ise 23. soruya geçiniz).

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

22. Yanıtınız hayır ise çocuğunuzla ilgili kararlara katılmama nedeniniz nedir?

Nedenler	**1. Evet**	**2. Hayır**
1. Kararları doktorlar veriyor		
2. Kararlara katılmayı gerek görmüyorum		
3. Yanlış karar vermekten korkuyorum		
4. Bilmediğim için kararlara katılmıyorum		
5. Karar verme sürecine katılmama izin verilmiyor		
6. Diğer.....		

23. Tıbbi işlemler sırasında (kan alınması, damar yolu açılması, pansuman yapılması vb.) çocuğunuzun yanında bulunmak istiyor musunuz? (Yanıtınız evet ise 25. soruya geçiniz).

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

24. Yanıtınız hayır ise tıbbi işlemler sırasında çocuğunuzun yanında bulunmak istememe nedeniniz nedir?

Nedenler	**1. Evet**	**2.Hayır**
1. Çocuğumun ağladığını/üzüldüğünü görmek istemiyorum		
2. İşlem sırasında hata yapmaktan korkuyorum		
3. Çocuğum ben yanındayken daha fazla ağlıyor		

4. O an çocuğuma yardım edemiyorum		
5. Diğer.....		

25. Tıbbi işlem sırasında (kan alınması, damar yolu açılması, pansuman yapılması vb.) çocuğunuzun yanında bulunmanıza izin veriliyor mu? (Yanıtınız evet ise 27. soruya geçiniz).

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

26. Yanıtınız hayır ise tıbbi işlem sırasında çocuğunuzun yanında bulunmanıza neden izin verilmiyor?

Nedenler	**1. Evet**	**2.Hayır**
1. İşleme müdahale edeceğim ya da işlemi yaptırmak istemeyeceğim için		
2. Çocuğun bakım ve tedavisinde aksamalara neden olacağım için		
3. Gereksiz yere çok soru sorabileceğim için		
4. İzolasyon kurallarına uyamayacağım için		
5. Diğer.....		

27. Aşağıda verilen aile merkezli bakım öğelerinden size klinikte hangileri sunuldu? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Aile merkezli bakım öğeleri	**1.Evet**	**2.Hayır**
1.Çocuğum hastaneye yattığında yattığı kliniğin tanıtımı yapıldı		
2. Çocuğumun hastalığı ve tedavisi hakkında düzenli olarak bilgilendiriliyorum		
3. Sağlık personelleri tarafından saygı görüyorum		
4. Çocuğumun bakımına katılmam konusunda destekleniyorum		
5.Çocuğum hakkındaki kararlara katılmam konusunda cesaretlendiriliyorum		
6. Endişe ve sorunlarımı sağlık personelleri dinliyor		
7. Çocuğum ve benim gereksinimlerim anlaşılıyor		
8. Çocuğumla ilgili bakım becerilerimi artırıyorum		
9.Çocuğuma uygulanan girişimlerde ve çocuğumun bakımında sağlık personeliyle işbirliği içinde oluyorum		

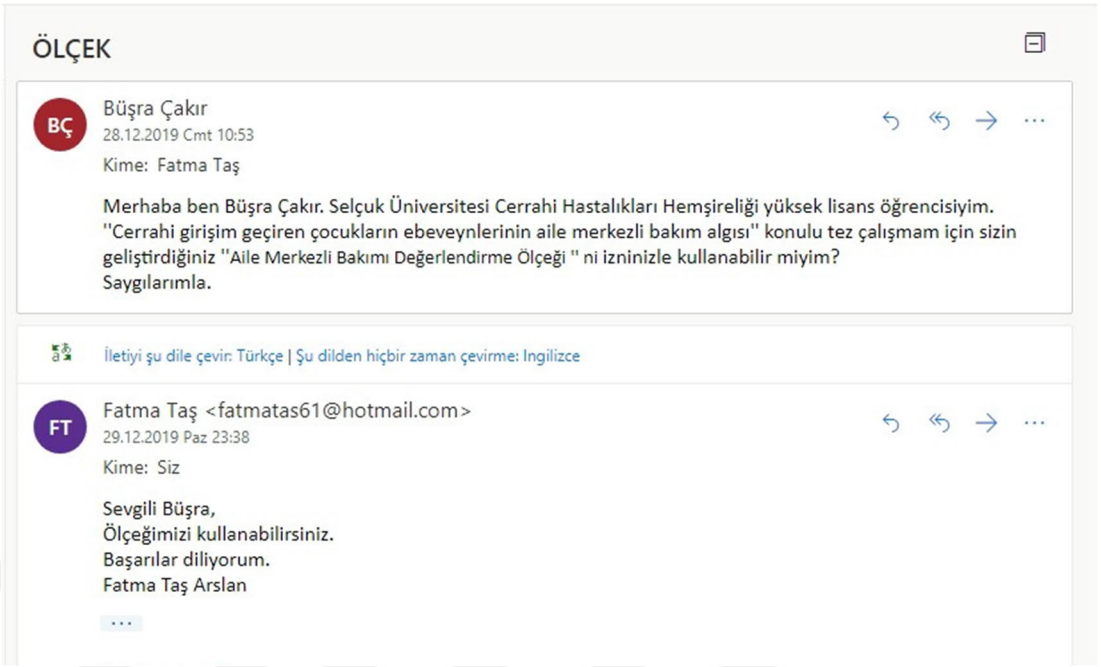
EK-B: AİLE MERKEZLİ BAKIMI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Bu araştırma, çocuk kliniklerinde sunulan aile merkezli bakımın ebeveynler tarafından değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen her soru için size doğru gelen seçeneği 1-5 arasında puanlayınız.

İfadeler	**Hiçbir zaman**	**Nadiren**	**Bazen**	**Sıklıkla**	**Her zaman**
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Hemşire çocuğumla ilgili kararlara katılmamı destekler.					
2. Hemşire gereksinimlerimin (sosyal, duygusal, ekonomik vb) farkındadır.					
3. Hemşire ihtiyaç duyduğum kaynaklara ulaşmamı kolaylaştırır.					
4. Hemşire kültürel farklılıklarımıza (gelenek, görenek) saygı duyar.					
5. Hemşire çocuğuma yapılacak girişimlerden (damar yolu açma, tahlil, tetkik vb) önce onayımı alır.					
6. Hemşire çocuğumun mahremiyetine ve gizliliğine saygı duyar.					
7. Hemşire çocuğumun bakımında bana rehberlik/danışmanlık eder.					
8. Hemşire beni sağlık ekibinin bir üyesi olarak görür.					
9. Hemşire diğer aile üyelerinin çocuğumu ziyaret etmesini destekler.					
10.Hemşire çocuğuma yapılacak tıbbı girişimler (damar yolu açılması, tahlil, tetkik vb) hakkında bilgi verir.					
11.Hemşire bana çocuğumun durumu hakkında dürüstçe açıklama yapar.					
12.Hemşire sorularıma ilgi ile cevap verir.					
13.Hemşire çocuğumun bakımını anlayacağım şekilde					

açıklar.					
14.Hemşireye çocuğumla ilgili sorularımı rahatlıkla sorabilirim.					
15.Hemşire çocuğuma iyi baktığımı hissettirir.					
16.Hemşire çocuğumun bakımında söz sahibi olduğumu hissettirir.					
17.Hemşire çocuğumun durumu ile ilgili görüşlerimi sorar.					
18.Hemşire hastaneye yatış sırasında bizi iyi karşılar.					
19.Hemşire çocuğuma adı ile hitap eder.					
20.Hemşire odaya geldiğinde bana ve çocuğuma selam verir.					
21.Hemşire aile üyelerine saygı duyar.					

EK-C: ÖLÇEK İZNİ



ÖLÇEK

BÇ

Büşra Çakır
28.12.2019 Cmt 10:53
Kime: Fatma Taş

Merhaba ben Büşra Çakır. Selçuk Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. "Cerrahi girişim geçiren çocukların ebeveynlerinin aile merkezli bakım algısı" konulu tez çalışmam için sizin geliştirdiğiniz "Aile Merkezli Bakımı Değerlendirme Ölçeği " ni izninizle kullanabilir miyim?
Saygılarımla.

İletiyi şu dile çevir: Türkçe | Şu dilden hiçbir zaman çevirme: Ingilizce

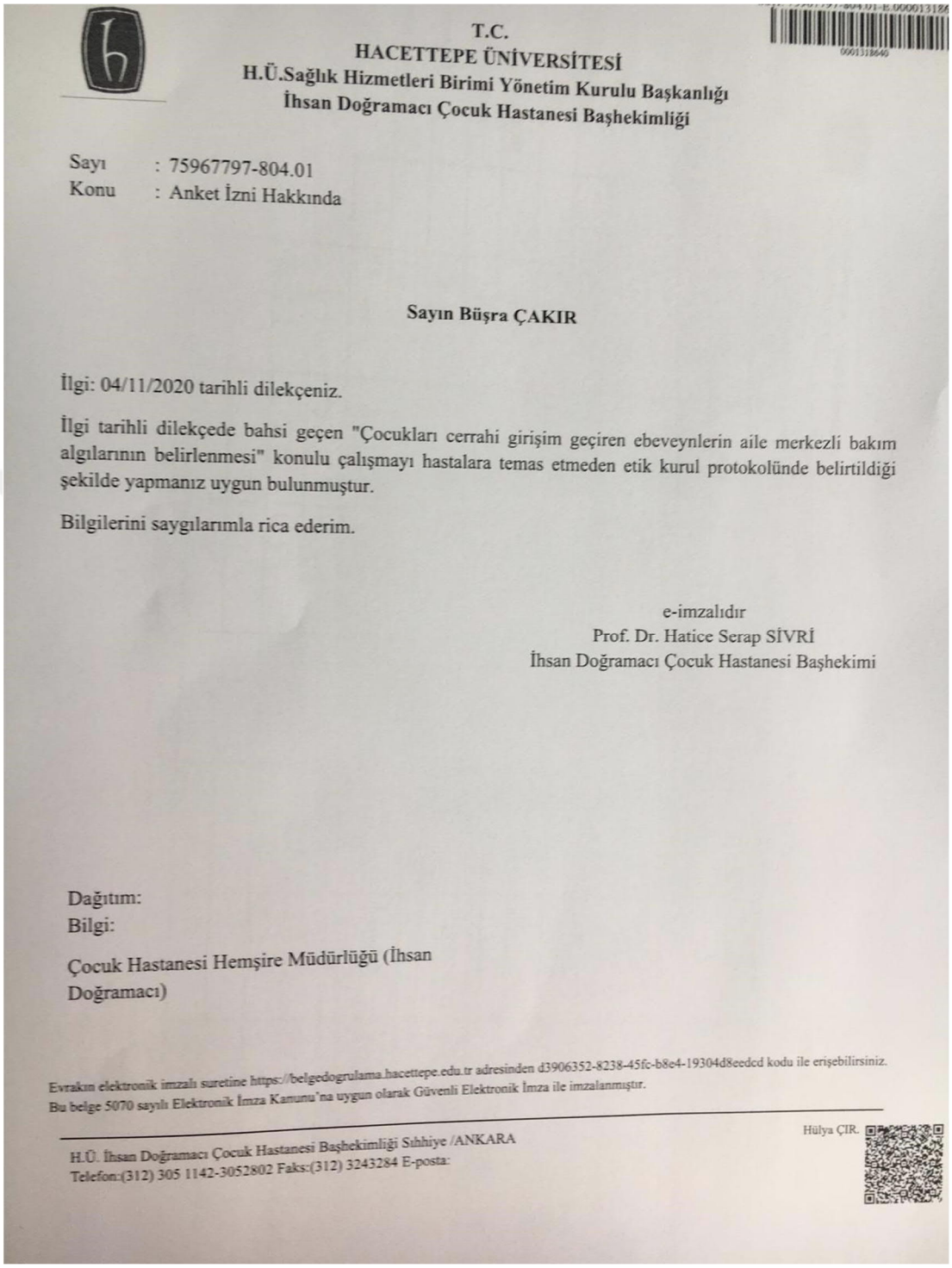
FT

Fatma Taş <fatmatas61@hotmail.com>
29.12.2019 Paz 23:38
Kime: Siz

Sevgili Büşra,
Ölçeğimizi kullanabilirsiniz.
Başarılar diliyorum.
Fatma Taş Arslan

...

EK-E: KURUM İZNİ



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
H.Ü.Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı
İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 75967797-804.01
Konu : Anket İzni Hakkında

Sayın Büşra ÇAKIR

İlgi: 04/11/2020 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli dilekçede bahsi geçen "Çocukları cerrahi girişim geçiren ebeveynlerin aile merkezli bakım algılarının belirlenmesi" konulu çalışmayı hastalara temas etmeden etik kurul protokolünde belirtildiği şekilde yapmanız uygun bulunmuştur.

Bilgilerini saygılarımla rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Hatice Serap SİVRİ
İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Başhekimi

Dağıtım:
Bilgi:

Çocuk Hastanesi Hemşire Müdürlüğü (İhsan Doğramacı)

Evrakın elektronik imzalı suretine https://belgedogrulama.hacettepe.edu.tr adresinden d3906352-8238-45fc-b8e4-19304d8eedcd kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

H.Ü. İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Başhekimliği Sıhhiye /ANKARA
Telefon:(312) 305 1142-3052802 Faks:(312) 3243284 E-posta:

Hülya ÇIR.

EK-F: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Çocukları Cerrahi Girişim Geçiren Ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Algısının Belirlenmesi

Sevgili Katılımcı;

Bu çalışma bir araştırmadır. Bu araştırma, çocukları cerrahi girişim geçiren ebeveynlerin aile merkezli bakım algısını belirlemek amacıyla planlandı. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışmada herhangi bir sorumluluğunuz bulunmamaktadır. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışma verileri bir anket formu ile toplandığından, herhangi bir risk taşımamaktadır. Çalışmaya katılmamaya, katıldığınız takdirde yazılı onam vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırma sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Çalışma yapan kişiler sizin sorulara verdiğiniz yanıtlara doğrudan ulaşabilecektir fakat bu bilgiler gizli tutulacak, kamuoyu ile paylaşılmayacaktır Araştırma sonuçlarının yayımlanmasında dahi isminiz gizli tutulacaktır. Bu doğrultuda soruları içtenlikle cevaplamanız araştırmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Anket sorularını cevaplamak yaklaşık 10-15 dakika sürmektedir.

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

Tarih:

Katılımcının Adı - Soyadı ve İmzası:

8. TURNİTİN RAPORU



29.07.2021 Turnitin

Doküman Görüntüleyici

Turnitin Orijinallik Raporu

İşleme konu: 29-Tem-2021 13:08 +03
NUMARA: 1625395062
Kelime Sayısı: 18931
Gönderildi: 1

turnitin tez Büşra Çakır tarafından

Benzerlik Endeksi %14

Kaynağa göre Benzerlik
Internet Sources: %12
Yayınlar: %6
Öğrenci Ödevleri: %5

alıntıları çıkar bibliyografyayı dahil et küçük eşleşmeleri çıkar mod: raporu hızlı görüntüle (klasik)
Change mode yazdır yenile İndir

1% match (01-Eyl-2019 tarihli internet)
https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/aile-merkezli-bakim-olcegi-toad.pdf

1% match (27-Nis-2016 tarihli internet)
http://dergipark.ulakbim.gov.tr

1% match (23-May-2019 tarihli internet)
http://acikerisim.selcuk.edu.tr:8080

1% match (02-Haz-2021 tarihli internet)
http://abakus.inonu.edu.tr

1% match (yayınlar)
TOSUN, Ayfer and TÜFEKÇİ GÜDÜCÜ, Fatma. "ÇOCUK KLİNİKLERİNDE AİLE MERKEZLİ BAKIM UYGULAMALARININ İNCELENMESİ", Atatürk Üniversitesi, 2015.

<1% match (08-Oca-2021 tarihli internet)
https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1024581

<1% match (18-Mar-2021 tarihli internet)
https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/981805

<1% match (24-Eki-2019 tarihli internet)
https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/824036

<1% match (03-Şub-2021 tarihli internet)
https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/448528

<1% match (04-Nis-2021 tarihli internet)
https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1379391

<1% match (22-Kas-2020 tarihli internet)
https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/904063

<1% match (13-Oca-2020 tarihli internet)
https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/724860

<1% match (20-Haz-2021 tarihli internet)
https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1375101

<1% match (12-May-2021 tarihli internet)
https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1624357

<1% match (08-Eki-2020 tarihli internet)
https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/607970

<1% match (27-Oca-2020 tarihli internet)
https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/aile-merkezli-bakim-tutum-olcegi-toad.pdf

<1% match (13-May-2019 tarihli internet)
https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/cocuklarin-oozu-ile-bakim-kalitesinin-degerlendirilmesi-olcegi-toad_0.pdf

<1% match (09-Eki-2019 tarihli internet)
https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/babasayar-annelik-olcegi-toad.pdf

<1% match (28-May-2019 tarihli internet)
http://acikerisim.selcuk.edu.tr:8080

https://turnitin.com/newreport_classic.asp?lang=tr&oid=1625395062&ft=1&bypass_cv=1 1