



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PEDİATRİ ÜNİTELERİNDE AİLE MERKEZLİ BAKIM İLE
EBEVEYNLERE SAĞLANAN DESTEK DÜZEYİ ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

HİLAL YILMAZ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi AYSEL KÖKCÜ DOĞAN

İSTANBUL-2021

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Hilal YILMAZ
Tez Başlığı : Pediatri Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım İle Ebeveynlere
Sağlanan Destek Düzeyi Arasındaki İlişki
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 12.01.2021

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Kurumu

İmza

Dr.Öğr.Üyesi Aysel KÖKCÜ DOĞAN İstanbul Medipol Üniversitesi

Sınav Jüri Üyeleri

Prof.Dr. Sema KUĞUOĞLU

İstanbul Medipol Üniversitesi

Dr.Öğr.Üyesi Eda AKTAŞ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../ tarih ve/..... - sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında yardım ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen lisans ve yüksek lisans öğrencisi olmaktan büyük onur duyduğum saygıdeğer danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Aysel Kökcü Doğan'a,

Yüksek lisans öğrenimim boyunca beni her koşulda destekleyen, bilgi ve birikimi ile yol gösteren değerli yöneticim Aysun Say'a,

Her zaman yanımda olduğunu bana her fırsatta hissettiren canım dostum Sena Kılıç'a,

Tez yazım sürecinde bana verdiği moral, destek ve gösterdiği sabır için Oğuz Erdi Yakan'a,

Verileri toplamada beni destekleyen sevgili ekip arkadaşlarım Nihal Özkan, Kübranur Tantürk, Hafize Balık, Emet Yağmur Elmalı ve Ayşe Nas Yalçınkaya'ya,

Çalışmamı gerçekleştirdiğim ve verilerimi topladığım hastanenin çalışanlarına,

Çalışmama katılan tüm ebeveynlere,

Çalışmamın tamamlanmasında maddi manevi desteklerini esirgemeyip çalışmanın en başından itibaren geçirdiğim tüm yoğun zamanlarda benimle birlikte olan ve sürekli destekleyip kafa yoran annem Fatma Yılmaz, babam Nedim Yılmaz, canım kardeşimlerim Gizem Yılmaz ve Gamze Yılmaz'a,

TEŞEKKÜR EDERİM.

İÇİNDEKİLER

	SAYFA NO.
TEZ ONAYI	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
TABLolar LİSTESİ	vii
1-ÖZET	1
2-ABSTRACT	2
3-GİRİŞ VE AMAÇ	5
4-GENEL BİLGİLER	8
4.1. Aile Merkezli Bakım.....	8
4.1.1. Aile Merkezli Bakım Tarihçesi.....	9
4.1.2. Aile Merkezli Bakımın İlkeleri.....	10
4.1.3. Aile Merkezli Bakımın Yararları	11
4.1.3.1. Çocuklar İçin Yararları.....	11
4.1.3.2. Aile Merkezli Bakımın Ebeveyn İçin Yararları.....	12
4.1.4. Aile Merkezli Bakımın Hemşirelere Sağladığı Yararlar.....	13
4.1.5. Aile Merkezli Bakımda Hemşirenin Rollerini.....	14
4.2. Hemşire – Ebeveyn Destek Düzeyi	15
5-MATERYAL VE METOT	18
5. 1. Araştırmanın Şekli.....	18
5. 2. Araştırma Soruları.....	18
5. 3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	18
5. 4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	19
5. 5. Veri Toplama Tekniği	19
5. 6. Veri Toplama Araçları.....	19
5.7. Verilerin İstatistiksel Analizi	20
5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	21
5.9. Araştırmanın Etik Yönü	21
5.10. Çalışmada Kullanılan Mevcut Olanaklar.....	21

6-BULGULAR.....	22
6. 1. Tanıtıcı Özellikler.....	23
6. 2. Aile Merkezli Bakım Puan Ortalama Bölümü.....	24
6. 3. Hemşire Ebeveyn Destek Puan Ortalamaları Bölümü.....	24
6. 4. Aile Merkezli Bakım Puanları ile Hemşire Ebeveyn Destek Puanları Korelasyon Analizi Bölümü.....	25
6. 5. Aile Merkezli Bakım Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu Bölümü.....	28
6. 6. Hemşire Ebeveyn Destek Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu Bölümü.....	32
7-TARTIŞMA.....	42
8-SONUÇ.....	64
9-KAYNAKLAR.....	67
10-EKLER.....	77
11-ETİK KURUL ONAYI.....	85
12-ÖZGEÇMİŞ.....	88

TABLULAR LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 5.3.1. Araştırma Zaman Dağılımı	18
Tablo 6.1. Tanıtıcı Özellikler.....	23
Tablo 6.2. Aile Merkezli Bakım Puan Ortalamaları.....	24
Tablo 6.3. Hemşire Ebeveyn Destek Puan Ortalamaları.....	24
Tablo 6.4. Aile Merkezli Bakım Puanları ile Hemşire Ebeveyn Destek Puanları Korelasyon Analizi.....	25
Tablo 6.5. Aile Merkezli Bakım Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu.....	28
Tablo 6. 6. Hemşire Ebeveyn Destek Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu.....	32

KISALTMALAR

AMBÖ: Aile Merkezli Bakım Ölçeği

HEDÖ: Hemşire Ebeveyn Destek Ölçeği

KİT: Kemik İliği Transplantasyonu

PICU: Pediatrik Yoğun Bakım Ünitesi

NICU: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

1.ÖZET

PEDİATRİ ÜNİTELERİNDE AİLE MERKEZLİ BAKIM İLE EBEVEYNLERE SAĞLANAN DESTEK DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu çalışma, pediatri ünitelerinde yatan çocuklara verilen aile merkezli bakım ile ebeveynlere sağlanan destek düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini, İstanbul'da bulunan bir özel hastanenin pediatri ünitelerine müracaat eden, üç gün ve üzeri yatış yapmış tüm çocukların ebeveynleri, örneklemini ise pediatri ünitelerine müracaat eden çocukların araştırmaya katılmaya gönüllü 155 ebeveyni oluşturdu.

Veriler Kasım 2019-Mayıs 2020 tarihleri arasında ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerini belirlemek için "Tanıtıcı Bilgiler Formu", "Aile Merkezli Bakım Ölçeği" ve "Hemşire Ebeveyn Destek Ölçeği" kullanılarak toplandı. Araştırma kapsamında "Aile Merkezli Bakım Ölçeği" "eşleşme yüzdesi" puan ortalaması $70,138 \pm 38,949$, "Hemşire Ebeveyn Destek Ölçeği" toplam puan ortalaması $84,871 \pm 15,208$ bulundu. Ölçekler ve tüm alt boyutlar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptandı ($p < 0.05$). Örneklem grubunda bulunan ebeveynlerin "Aile Merkezli Bakım Ölçeği" Eşleşme Yüzdesi puanları ile ebeveynlerin eğitim düzeyi, çalışma durumu, çocuğunun hastanede kalış süresi ve çocuğunun yattığı ünite arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p < 0.05$). Araştırmaya katılan ebeveynlerin Hemşire Ebeveyn Destek Toplam Puanları ile cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum, çocuk sayısı, çocuğun yaşı, çocuğunun hastanede kalış süresi, çocuğunun yattığı ünite ve yatış öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı.

Aile merkezli bakım uygulamaları ile ilgili hemşirelerin ebeveynlere ve çocuklara verdikleri bakımdan memnun oldukları, hemşirelerin çocuğuna verilen bakım ve çocuğun durumundaki değişiklikler hakkında ebeveynleri bilgilendirdikleri, ebeveyne sağladıkları duygusal, saygı ve kaliteli bakım verme desteğinin yeterli olduğu, ebeveynlere sağlanan destek düzeyi arttıkça aile merkezli bakıma katılımın arttığı belirlendi. Hemşireler aile merkezli bakımda ebeveynin rolünü kabul etmeli ve ebeveyni gereksinimleri doğrultusunda desteklemelidir. Ebeveynlerin çocuğunun

bakımına aktif katılabilmesi için hemşirelerin de kurum tarafından motive edilmesi ve yeni protokoller geliştirilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Aile Merkezli Bakım, Destek, Ebeveyn, Hemşire



2-ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY-CENTERED CARE IN PAEDIATRIC UNITS AND THE LEVEL OF SUPPORT PROVIDED TO PARENTS

This study was conducted descriptively to determine the relationship between family-centered care given to children in pediatric units and the level of support provided to parents. The universe of the study consisted of parents of all children who applied to pediatric units of a private hospital in Istanbul and who were admitted for three days and above, and a sample of 155 parents who volunteered to participate in the study of children who applied to pediatric units.

Data may November 2019-May 2020 parents were collected using the “introductory Data Sheet”, the “family-centric care scale” and the “nurse Parent Support scale” to determine the identifying characteristics. The " Family-Centered Care scale "" match percentage “average score was $70,138 \pm 38,949$ and the” nurse Parent Support Scale “total score was $84,871 \pm 15,208$. A statistically significant difference was found between the scales and all sub-dimensions ($p < 0.05$). A statistically significant difference was found between the “Family-Centered Care scale” matching percentage scores of parents in the sample group and the level of education, work status, the duration of their child's hospital stay and the unit in which their child was hospitalized ($p < 0.05$). The nurse parent support parents surveyed total scores with gender, educational level, working status, economic status, number of children, the child's age, child's duration of hospital stay of children there was a statistically significant difference between the sleeping unit and a history of hospitalization.

Family-centered care practices that nurses were satisfied with their care to parents and children, nurses, child care and informed the parents about the child's emotional status changes, they provide to their parents, respect and quality care that is provided is sufficient to support grant increases as the level of support to parents, family-centered care was found to increase participation. Nurses must acknowledge the role of the parent in family-centered care and support the parent in line with their requirements. In

order for parents to actively participate in the care of their child, it is also recommended that their nurses be motivated by the institution and develop new protocols.

Key Words: Family-Centered Care, Support, Parent, Nurse



3-GİRİŞ VE AMAÇ

Toplumun yapı taşı olan çocuk aile içinde yetişip, bilinçlenir ve toplumdaki rolü için hazırlanır. Çocuğun, bedensel, zihinsel, fizyolojik ve psikolojik anlamda sağlıklı bir birey olarak yetişmesinde ve sağlık davranışlarının oluşmasında en önemli rol aileye aittir (1, 2).

Çocuğun hastaneye yatması çocuk kadar ailesi için de stresli bir süreçtir (3, 4). Bu durum aile bireylerinin günlük aktiviteleri, aile içindeki rolleri ve görevlerinde değişikliğe yol açar (5). Aile içinde yaşanan değişikliklerin dışında hastane ortamının yabancı olması, tanımadıkları araç-gereçlerle karşılaşmaları, prognozun belirsizliği, çocuğun bakımındaki rollerinin değişmesi, ebeveynlerin çocuklarını nasıl destekleyecekleri ve bakım verecekleri konusunda bilgi eksikliklerinin olması ailelerin anksiyete yaşamalarına sebep olur (3, 4). Çocuğun hastanede yattığı süre boyunca sağlık bakımına yönelik sorumlulukların büyük kısmının sağlık profesyonelleri tarafından yerine getirilmesi, ailelerin sağlık bakımına katılmada kendilerini çaresiz hissetmelerine, kontrol kaybı ve yetersizlik duyguları yaşamalarına yol açmaktadır (6, 7).

Ebeveynlerin hastanede yaşadıkları anksiyete çocuğun anksiyetesini de arttırmaktadır (8). Çocuğun enerjisinin büyük bir bölümünü anksiyetesi ile başetmek için harcaması, iyileşme sürecini olumsuz etkileyip hastanede kalış süresini de uzatmaktadır (9). Bu nedenle çocuk ve ebeveynlerin anksiyetesini azaltıp ve iyileşme sürecini hızlandırmak için pediatri ünitelerinde aile merkezli bakım yaklaşımı önerilmektedir (10).

Çocuğun hastalığı ve hastaneye yatışına bağlı çocuk ve ailede oluşan anksiyetenin önlenmesine yönelik yapılan araştırmalar sonucunda, Aile Merkezli Bakım kavramı ortaya çıkmıştır (11). Aile Merkezli Bakım, hastane ortamında ebeveynlerin ve çocukların gereksinimlerini ve beklentilerini en iyi şekilde karşılayan bakım yaklaşımıdır (12). Aile Merkezli Bakım felsefesi, ebeveyn ve çocuğunun bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde bakıma dahil edilip çocuğun

bakımında sağlık profesyoneli kadar söz sahibi olduğunun kabul edilmesini kapsar (13).

Aile Merkezli Bakımda amaç; aileyle işbirliği yapmak, çocuk ve aile hakkında bilgi almak, çocuk ile ailenin hastalığı ve hastaneye yatmasında yaşadıkları anksiyeteyi en aza indirip, çocuğun zihinsel, fiziksel, psikolojik potansiyelini en üst seviyeye çıkarmak ve hastanede kalış süesini en aza indirmektir (14). Sağlık profesyonelleri ailelerin temsilcileri olarak görülür ve aileye karar verme, yetki ve yeterliliği aşamasında yardımcı olurlar (11). Ailelerin hastanede çocuklarının bakımına dahil edilmeleri için buldukları ortamı tanınması ve sağlık profesyonelleri ile aralarında etkili bir iletişim olması gerekir. Bunun içinde çocuğun kliniğe kabulü ile; aile ve çocuklara kliniğin tanıtılması, klinik rutinleri, çalışanlar hakkında bilgi verilmesi ve çocuğun yatışından itibaren tedavi süresince çocuk ile ilgili bilgilerin eksiksiz ve tarafsız aile ile paylaşılması, Aile Merkezli Bakım ile ilişkili önemli hemşirelik uygulamalarıdır (15). Yapılan araştırmalar, çocuğu hakkında bilgi verilen, çocuğun bakımına katılan ve karar verme sürecine dahil edilen annelerin daha az anksiyete yaşadığını göstermektedir (16). Ebeveynlerin sağlık profesyoneli ile iletişimde sorun yaşaması da anksiyeteyi arttırmaktadır (17).

Yoğun bakım ve acil üniteleri gibi ailelerin çocuklarının yanında olmasının tartışıldığı kliniklerde bile Aile Merkezli Bakım verildiği ve ailelerin 24 saat çocuklarıyla birlikte kalabilmeleri için uygun fiziksel koşulların sağlandığı bilinmektedir (18).

Aile merkezli bakımda ailenin güçlendirilmesi ve yeterli olması, iki önemli konudur. Pediatri hemşireleri tarafından sağlanan uygun ortamlar ebeveynlerin çocuğun bakımında yeterli olması, ebeveynlerin sahip olduğu yeterliliklerinin ve yeteneklerinin aileye fark ettirilmesi, ebeveyn ve çocuğunun ihtiyaç duyacağı konular hakkında yeni yetenekler kazandırılması önemlidir. Destekleyici davranışlarla ebeveyn ve çocuğa olumlu özellikler kazandırılabilir (19).

Konu ile ilgili literatür tarandığında özellikle İngiltere, Kanada, Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş birden fazla ülkenin çocuk hastanelerinde ebeveyn ve çocuğuna Aile Merkezli Bakım ilkeleri doğrultusunda bakım verildiği ve Aile Merkezli Bakımın hastanelerin kurum politikası olarak kabul edilip uygulandığı görülmektedir (20, 21).

Ülkemizde yapılan araştırmaların genelinde hemşirelerin, ebeveynleri çocuğun bakımı konusunda bilgilendirme, uygulanan tedavi ile bakıma ilişkin soru sorma imkanı verme ve ebeveynlere ulaşılabilir olma konusunda yetersiz oldukları tespit edilmiştir (22). Aile Merkezli Bakımın ülkemizdeki durumu incelendiğimizde, ebeveynlerin çocuğu ile birlikte hastane ortamında kalmalarına ilişkin standart uygulama prosedürünün olmadığı ve hastanelerdeki uygulamalarda farklılıkların mevcut olduğu görülmektedir. Türkiye’de ebeveynlerin 7/24 çocuğu ile birlikte kalabildikleri hastanelerde bile çocuklarının hastalık ve genel durumu konusunda bilgi alma, bakıma ve tedavi ile ilgili kararlara katılma durumlarına yönelik yapılmış herhangi bir çalışma olmadığı belirlenmiştir (22). Pediatri hemşireleri, ebeveyn ve çocuğu ile hastanede uzun süreli ilişki kuran sağlık profesyoneli olmaları nedeni ile hastanede Aile Merkezli Bakımın yerleştirilip uygulanmasında kilit roldedir.

Çalışmamızda; Pediatri ünitelerinde aile merkezli bakım ile ebeveynlere sağlanan destek düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

4-GENEL BİLGİLER

4.1 Aile Merkezli Bakım

Aile merkezli bakım; ebeveyn, çocuk, hemşire ve diğer sektörler ile işbirliği içinde çocuğun sağlığının korunması, iyileştirilmesi, mevcut hastalığında bakımın planlanması, bakımın uygulanması ve değerlendirilmesini kapsayan ayrıca çocuğun gelişiminde anne-baba rolünü kabul edip saygı duyan, ebeveyn güç ve seçimlerini destekleyip, çocuğunun hastalığında ve iyileşme sürecinde sağlıklı yaşam örüntülerini geliştiren multidisipliner bakım sürecidir (23–25).

Aile merkezli bakım hastanede yatış yaptığı süre boyunca çocuğun bakımın planlanmasında, uygulanmasında ve değerlendirilmesinde, çocuğun hastanede bulunma durumundan kaynaklı stresinin azalmasında, iyileşme sürecinin hızlanmasında, çocuğun kendini güvenli bir yerde hissetmesinde, hastanede kalış sürecinin kısılmasında, taburculuk ve sonrası bakım uygulamalarının devamında etkin bir role sahiptir (26).

Aile merkezli bakım uygulamalarıyla anne ve babanın hastanede tedavi gören çocuğunun bakımına dahil edilmesi, çocuğunun bakımında kaybettiği kontrol duygusunu tekrar yaşamasını sağlayıp anne ile baba ve hemşire arasındaki iletişimi güçlendirir (17, 27).

Aile merkezli bakımda, multidisipliner ekip çalışması önemlidir. Bu ekip doktor, hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, eczacı, diyetisyen, , çocuk gelişim uzmanı ve aileden oluşur (28). Hemşire; aile bütünlüğünü desteklemek için ebeveynin rol ve sorumluluklarını yerine getirebilmelerine imkan verip destek olmalıdır. Aile merkezli bakımda dört ana içerik vardır. Bunlar;

İtibar ve saygı; sağlık profesyonelleri ebeveynlerin, inançlarına, değerlerine, gelenek ve göreneklerinden kaynaklanan tercihlerine ve görüşlerine saygı duyarlar ve verecekleri bakımı tercihler doğrultusunda planlarlar.

Bilgi paylaşımı; sağlık profesyonelleri çocukların durumları ile ilgili bilgileri ve gelişmeleri ebeveynler ile düzenli olarak doğru ve objektif bir şekilde paylaşırlar.

Ailenin bakımda yer alması; ebeveynler istekleri düzeyinde çocuk bakımında yer almaya ve onlarla ilgili karar verme için cesaretlendirilmelidir.

Aile ile iş birliği; ebeveynler bakımla ilgili planlamaların geliştirilmesinde ve profesyonellerin eğitiminde hemşireler ile iş birliği yaparlar (10).

4.1.1. Aile merkezli bakım tarihçesi

Aile merkezli bakımın tarihi 18.-19. yy'lara dayanmaktadır. Bu yüzyıllarda ortaya çıkan endüstrileşme, küreselleşme ve nükleer olaylar çocuk sağlığı, hastalığı ve bakımında da gelişmelere neden olmuştur. Çocuk hastanesi ilk olarak 1802 yılında Paris şehrinde açılmış, 1834 yılında St. Petersburg ve 1837 yılında ise Vienna Hastaneleri takip etmiştir. Sonrasında Dr. Charles West 1852 yılında Londra'da, Çocuk Hastanesini kurmuştur. Çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği eğitimi de ilk 1878 yılında yine bu hastanede verilmiştir (29). Dönemin hastanelerin genel özellikleri incelendiğinde, yaşamı tehdit edici veya kronik hastalığa sahip çocukların tedavi süreçleri ve hastanede kalma süreleri uzun, ailelerini görme süresi ve sıklığı ise oldukça azdı. Sağlık çalışanları 1960'lı yıllara kadar çocukların ebeveyninden uzak bakım ve tedavi alması gerektiğini savunmuştur (30). Bu hastanelerde çalışan sağlık personelinin ziyaret saatleri hakkında sert tutum ve davranışları sebebiyle, ebeveynler hastanede kalan çocuklarını bir gün içinde kısa sürelerle ziyaret edebilmekteydi. Ayrıca, hastanelerin büyük şehirlerde olması da kırsal yerlerde yaşayan ebeveynlerin hastaneye gelmelerinde zorluk yaşamalarına sebep olmaktaydı. Bu ve benzeri faktörler, ebeveyn ve çocuğun birbirini görme süresini oldukça kısaltmaktaydı (31). Bu dönemdeki uzun süreli yatışlar, çocukların psikososyal açıdan travmalar yaşamalarına sebebiyet vermiştir (30). Hemşire Florence Blake 1954 yılında hastanede çocukların ebeveyninden ayrı kalmalarının olumsuz yanlarını ortaya koyan ilk araştırmacıdır (32).

John Bowlby ve James Robertson, anne çocuk ayrılığı ve bunun sonuçları ile ilgili geniş bir kuram geliştirmişlerdir. Araştırmacı ve film yapımcısı olan James Robertson, 1953 yılında "İki yaşındaki çocuk hastaneye gidiyor" ve "Hastaneye anneyle gitmek" adlı iki filminde ve 1958 yılında yayınladığı "Küçük çocuklar hastanede" adlı kitabında hospitalizasyon sürecinin çocuk üzerinde hastalıktan daha çok, anneden

ayrılmaya bağlı stres ve acı yarattığı, bu durumun çocuğun iyileşme sürecini uzattığını ortaya çıkarmıştır (29). Bu gelişmelerle birlikte 1959 yılında İngiltere’de Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan ve 55 öneriden oluşan Platt Raporu aile merkezli bakım için bir dönüm noktası oluşturmuştur (20, 29).

Platt Raporunda; ebeveynlerin ziyaretinin kısıtlı olmaması, çocukların anneleri eşliğinde hastanede kalması, hastane ortamında çocuğun yaşına özgü oyun aktivitelerinin sağlanması, çocukların bakım ve tedavisinde yer alacak sağlık personelinin çocuğun fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını anlayabilecek yeterliliklerde olması ve eğitimlerini bu doğrultuda almış olması gerektiği vurgulanmıştır (29).

Çocukların ebeveynlerinden ayrılmasının etkileri üzerine yapılan çalışmalar sonucunda, çocukların temel bakımlarını vermek için ailelerin yetenek ve fonksiyonlarının gerekliliğinin farkına varılmıştır. Bunun sonucunda, 1970’li yılların sonlarına doğru hastaneye yatan çocuklara verilen bakım sürecinde ailelerin ve çocukların duygusal gereksinimleri dikkate alınmaya başlanmış ve aileler çocuk bakımında aktif olarak rol almaya başlamıştır (6, 31, 33).

Yirmi birinci yüzyılda Aile Merkezli Bakım temel bir öğe haline gelmiş ve sürekli gelişmiştir (34, 35). Amerika Tıp Enstitüsü 2001 yılında yayınladığı aile merkezli bakım uygulamalarını içeren raporda, hastaların kendi sağlık bakımları ile ilgili kararlara katılmaları, hastaların tedavi seçenekleri konusunda daha iyi bilgilendirilmelerinin, hasta ve hasta yakınlarının daha kolay bilgiye ulaşmaları için yöntemler geliştirmenin gerekliliği vurgulanmıştır (35).

4.1.2. Aile Merkezli Bakımın İlkeleri

Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics- AAP), sağlık profesyonellerinin bakımlarını aile merkezli bakım anlayışı ile sunabilmeleri için ilkeler geliştirmiştir (35). Bu ilkeler:

1. Çocuk ve ailesine saygı duymak,

2. Ailelerin etnik, kültürel, sosyoekonomik ve ırksal özelliklerine, baş etme yöntemlerine saygı duymak,
3. Ailenin gücünü kabul ederek desteklemek ve cesaretlendirmek,
4. Bakım ve destek yaklaşımlarıyla, çocuğun ve ailenin seçimini destekleyerek onlara yol göstermek,
5. Ailenin kültürel değer ve inançları doğrultusunda politikaların uygulanabilirliğini sağlamak,
6. Çocuklarının durumu ile ilgili aileye sürekli ve eksiksiz bilgi vermek,
7. Çocuk, aile ya da bakım veren bireye yaşamın her döneminde resmi-gayri resmi destek sağlamak,
8. Çocuğun bireysel bakımı, sağlık çalışanlarının eğitimi, politikaların ve programların geliştirilmesi gibi sağlık hizmetinin tüm aşamalarında aileler ile işbirliği yapmak,
9. Her çocuk ve aileyi kendi gücünü keşfetmesi, özgüvenini geliştirmesi, sağlıkla ilgili seçim ve kararları alması için güçlendirmektir.

Hastaneye Yatırılan Hasta Çocuk Hakları ve Avrupa Hastanede Yatan Çocuk Hakları Bildirgeleri'nde yer alan çocuk haklarına ilişkin maddeler, aile merkezli bakım ilkelerine benzerlik göstermektedir (36). Bu bağlamda, hastaneye yatırılan her çocuğun aile merkezli bakım alma hakkı vardır.

4.1.3. Aile Merkezli Bakımın Yararları

4.1.3.1. Çocuklar için yararları

Çocukların alıştığı güvenli ortamdaki uzaklaşıp hastane gibi yabancı bir ortama girmeleri; fiziksel yönden kendilerini tehlikede hissetmeleri anksiyete yaşamalarına sebep olur (37). En büyük anksiyete kaynağı ebeveynlerden ayrı kalmalarıdır. Preterm bebeklerle yapılan bir çalışmada aile merkezli bakım uygulanan gruptaki bebeklerin daha az ağladığı, anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu gözlemlenmiştir (18).

Çocuk hemşireliğinin temel yapı taşlarından biri olan aile merkezli bakım, çocuğun bakımına ebeveynin katılımına olanak sağlamakta, ebeveynlerin ve çocuğun memnuniyetini artırmakta, hastanede tıbbi hata oranını ve kalış süresini azaltmaktadır

(30, 38). Yapılan bir çalışmada anestezi sonrası yoğun bakımda aile merkezli bakım verilen çocuğun analjezik gereksiniminde azalma ve iyileşme süresinde kısalma görülmüştür (39). Ayrıca hastanede yapılan işlemler sırasında ebeveyn yanında olan çocuğun işlemler esnasında daha uyumlu olduğu gözlenmiştir (40).

Aile merkezli bakım, çocuğun sosyal, fiziksel ve psikolojik sağlığını olumlu açıdan etkiler. Ebeveynlerin hastanedeki varlığı, ayrılık anksiyetesini düşürerek çocuğun güven duygusunu yükseltir ve iyileşmesini hızlandırır. Ayrıca hastanede bulunma süresince çocuk ve aileler arasındaki ilişkinin güçlenmesini ve sürdürülmesini sağlar (37). Aile merkezli bakımın çocuğa sağladığı yararlar:

- Çocuğun duygusal stresini azaltır.
- Çocukta güvende hissetme duygusunu artırır.
- Hastaneye uyumunu kolaylaştırarak oluşabilecek davranışsal sorunları azaltır.
- Hastanede kalma süresi kısalır.
- Çocuğun memnuniyetini artırır.
- Ebeveyn-çocuk ilişkisini sürdürür.
- Çocuk-aile ve sağlık ekibi üyeleri arasında sağlıklı bir iletişim sağlar.
- Taburculuk sonrası çocuğun bakımında ebeveynin yeterliliğini kolaylaştırır.
- Hastane ve ev yaşamı arasında çocuk için bağlantıyı sağlar.
- Çocuk daha az ağrı ve uyku sıkıntısı yaşar (35, 41, 42).

Sonuç olarak aile merkezli bakımın çocuğun anksiyetesini azaltmada, iyileşme sürecini hızlandırıp hastanede kalış süresini kısaltmada etkili olduğu yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır.

4.1.3.2. Aile Merkezli Bakımın Ebeveyn İçin Yararları

Aile merkezli bakımda sağlık profesyoneli ve ebeveyn arasında etkili bir iletişim kurulup, çocuk ile ilgili bilgiler sürekli, eksiksiz ve objektif şekilde paylaşılmalıdır. Çocuk ile ilgili alınan kararlara ailenin dahil edilmesi, yapılan uygulamaların açıklanması, verilen bakıma ailenin de aktif katılımının sağlanması durumunda etkili

iletişim kurulur ve ebeveynde oluşacak anksiyete en alt düzeye düşürülür. Çocuk ve ebeveyn gereksinimlerinin belirlenmesi ve bakımın planlanması da sağlık personelleri için önemli bir roldür (23).

Yapılan araştırmalarda, ebeveynlerin çocuğun tanı testleri ve tedavi süreci hakkında bilgilendirilmek istedikleri, yapılan bilgilendirme sonucunda ebeveynlerin anksiyete düzeyini düşürdüğü belirlenmiştir. Schaffer ve ark. (2000)'ın hastaneden taburcu olan 177 ebeveynle, ebeveynlerin sağlık personelinden beklentilerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, ebeveynlerin çocuğun durumu, tanı testleri ve tedavi hakkında bilgi istediklerini saptamıştır. Aynı şekilde Hallstrom ve ark. (2002)'ın, ailelerin çocukları hakkında bakıma katılmayı ve kendilerine çocuklarının bakımı hakkında bilgi verilmesini istediklerini belirlemişlerdir. Ward (2001)'ın yenidoğan yoğun bakım ünitesinde ebeveynlerin ihtiyaçlarını belirlediği çalışmasında, ebeveynler en önemli ihtiyaçlarının bebeğe uygulanan bakım, tedavi planı ve yapılan girişimler hakkında bilgilendirilmek olduğunu söylemişlerdir. Ebeveynlerin çalışmalarda belirtilen gereksinimlerinin ve beklentilerinin karşılanması, onların yeni rollerini bilerek uyum yapabilmeleri ve sahip oldukları anksiyeteleri ile baş edebilmeleri yönünden çok önemlidir (42).

4.1.4.Aile Merkezli Bakımın Hemşirelere Sağladığı Yararlar

Aile merkezli bakımın planlanması, uygulanması hemşire tarafından takip edilir. Her çocuğun büyüdüğü toplumun özellikleri göz önüne alınarak bakımı planlanmalıdır. Aile merkezli bakım anlayışı doğrultusunda hemşire ve ebeveyn arasında iletişim bağı güçlenir. Hemşireler çocuğun bakım planını oluşturmada rahatlık yaşarlar. Ebeveyn sağlık profesyoneli ile bir ekip olarak, ekip içi iletişim becerilerini geliştirir. Çocuğa ebeveynleri ile verilen bakım hizmeti kalitesi artar. Hastanenin bakım maliyeti azalır. Hemşirelerin ebeveyn ile işbirliği içerisinde verdikleri bakım sonucu mesleki doyum artar (43). Olumlu özelliklerin yanında aile merkezli bakımın uygulanmasında karşılaşılan güçlükler de vardır.

Paliadelis ve arkadaşları (2005), pediatri hemşirelerinin aile merkezli bakım uygulamalarını ve aile merkezli bakıma ilişkin görüşlerini belirlemek üzere yaptığı

çalışmada; Pediatri hemşirelerinin çocuğun bakımında kendilerini profesyonel bir güç olarak kabul ettikleri için bu rollerini ailelerle paylaşmak istemedikleri, ağrı ve ajitasyonlu işlemler esnasında ebeveynin çocuğun yanında bulunmasının stresini arttıracığı düşüncesinde olmaları, ebeveynin çocuğuna bakım veren hemşireler ile kendilerini kıyasladıklarında yetersiz, çaresiz hissettikleri ve rol karmaşası yaşadıklarını belirlemişlerdir (44).

Çalışma sonucunda; hemşirelerin görevlerini ailelerle paylaşmak istememeleri olarak belirlenmiştir. Hemşirelerinin yoğun iş yükü nedeniyle ebeveynlere yeterli zaman ayıramamaları, ebeveynlerin eğitiminin planlanmaması, hemşirelerin iş yükünü arttıracığı düşüncesi, ebeveynlerin hastanedeki rolleri ve sorumluluklarına ilişkin bir rehber olmaması, hemşirelerin yasal sorumlulukları nedeniyle bakım uygulamalarını ebeveynlerle paylaşmak istememeleri gibi engelleyici etmenlerden dolayı aile merkezli bakım uygulanmasında güçlükler yaşandığı bildirilmektedir (45, 46).

4.1.5.Aile Merkezli Bakımda Hemşirenin Roller

Bakım vermek hemşirenin profesyonel görevleri arasındadır. Çocuğun bakımının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde ebeveyn hemşireyi güç olarak değerlendirir. Ebeveynin bakıma ne düzeyde dahil edileceği hemşire tarafından planlanır. Hemşire ve ebeveyn arasındaki sağlıklı iletişim çocuğun bakımında ebeveynin etkin rol almasını sağlar. Aile merkezli bakım anlayışının temelinde ebeveyn katılımı yatarken, bu uygulamaların hayata geçmesinde ve yönetilmesinde hemşireler önemli rol almaktadırlar (38, 47).

Ebeveynler, çocuğun hastaneye yattığı ilk andan taburcu olacağı zamana kadar devam eden hemşireler tarafından verilen bir eğitim süreci içerisinde. Bu eğitim sürecinde ebeveynler hemşireler tarafından denetlenmeli, çocuklarının bakımları konusunda bilgi ve becerileri geliştirilmeli ve desteklenmelidir. Verilen eğitimler ebeveynlerin çocuklarının bakımında daha etkili bir role sahip olabilmeleri açısından önemlidir (48, 49).

Pediatric hemşiresi çocuk ve aileyi bir bütün olarak ele almalı ve bakım planlamasını da bu doğrultuda yapmalıdır. Çünkü çocuk doğduğu andan itibaren bir ailenin kültürü, inanç ve değerleri ile yetişir (49). Pediatric hemşireleri çocuk ve aile ile en yakın ilişkiyi kuran sağlık profesyonelleri olduğu için de aile merkezli bakımda anahtar rol oynar (23). Aile bireylerinden birinde olan sorun herkese yansıma yapabileceği için pediatric hemşiresi aileyi bir bütün olarak bütüncül bir yaklaşım ile ele almalıdır (49). Aile merkezli bakım temelinde iyi bir aile öyküsü almak yatar.

Aile merkezli bakım uygulamalarının kaliteli verilebilmesi için ebeveynlerin hastanede çocuğun bakımına katılmaları yönünden desteklenmesi önemlidir. Uygulamalarda hemşire ebeveynlerin çocuğun bakımına katılmalarını desteklerken bakıma katılmaya hazır oluşlarının düzeylerini de gözlemlemelidir. Aynı zamanda hemşire ebeveynlerin hastanede çocuğun bakımına katıldıklarında, verilen bakımı denetlemeli ve ebeveynlere destekleyici olmalıdır. Bu sebeple aile merkezli bakım uygulamaları, hemşirelerin eğitim, danışmanlık rollerini daha çok ön plana çıkarmalarını gerektirir (9).

Ebeveyn çocuğun değişen sağlık durumunda kendini yetersiz hissedebilir, böyle durumlarda hemşire ebeveynlere destek olmalı ve bakıma katılma konusunda ebeveyni teşvik etmeli, ebeveyn ile iş birliği içinde olmalıdır. Hemşire çocuğun hastaneye yatışından taburculuğuna kadar planlanan bakım ve tedavi sürecinin bilgisini vermeli eğitim planlamalı ve geri dönüş almalıdır.

4.2. Hemşire-Ebeveyn Destek Düzeyi

Çocuğu hastanede yatan ebeveynlere destek olma hemşirelik bakımının önemli bir yönü olarak görülmektedir. Hemşire-ebeveyn desteği; hastanede yatan çocukların ebeveynlerini destekleyici, etkin iletişim ile sürekli bilgi sağlama ve ebeveyni bakıma dahil ederek stresini azaltmasına yardımcı olmak olarak tanımlanır. Ebeveynlerin olumlu geri bildirim ve değerlendirme yoluyla ebeveynlik rolünü sürdürmelerine destek olur; duygusal destek ve kaliteli hemşirelik bakımı sağlar. Hemşirelerin destekleyici davranışları; dinleme ve empati kurma, bilgi verme ve açıklamalar yapma, çocuğun bakımına katılımı teşvik etme ve güven verme, doğrulama, ilgi ve değer

verme, bütünlüğü koruma, önerilerde bulunma ve mevcut sorunları çözme şeklinde sıralanabilir (50).

Hemşireler yalnızca hasta çocuklara bakım verici olarak değil aynı zamanda stresli olan ebeveyn ile çocuğun hastanede yattığı sürede düzenli iletişim kurarak ebeveynlere destek olmak için önemli bir konumdadırlar (50–52).

Pediyatri servislerinde aile ilk defa hastanede kalacak olabilir ya da çocuğuna yapılacak herhangi bir işlem hakkında bilgisinin olmadığı düşünülürse yaşayacakları stres ve çaresizlik sürecini tek başına yönetmede zorluk yaşayabilir. Bu süreçte ebeveyn rol ve sorumluluklarında yetersizlik hissedebilir.

Ebeveynin desteklenip bakıma dahil edilmesi, çocuğun hastaneye yatması ile ortaya çıkan stresi azaltarak çocuğun hastaneye olan uyumunu kolaylaştırır ve bununla birlikte iyileşme ve hastanede kalma sürecini kısaltır. Bunun için ebeveynlerin, çocuğun bakımının her aşamasına dâhil edilmesi gerekir. Böylece ebeveynlerin güvenleri artar ve çocuğun bakımında daha az stres yaşarlar (37). Çocuğuna yetememe hissini yenen ebeveynin sağlık profesyonelleri ile iletişimi kuvvetlenir. Sağlıklı bir iletişim sonucunda da verilen hemşirelik bakımına aile daha kolay adapte olur ve verilen bakımın kalitesi artar. Aileler için hemşirelik desteği algılamaları farklı şekillerde olabilir.

İletişim desteğinde sağlıklı bir iletişim için çocuğun davranışları, duygusal tepki ve gereksinimleri, ailenin hak ve sorumlulukları hakkında açık, anlaşılır bilgi vererek ebeveynlere iletişim desteği sağlaması önemlidir.

Duygusal destek, çocuğun hastalığı ve hastalığın ebeveynlerin hayatına farklı açıdan etkileri ile baş etme konusunda ebeveynlere destek olup, baş etme yolları ile ilgili dinleme ve içten davranışlar sergilemedir.

Saygı desteği çocuk bakımında ebeveynlerin rolünü desteklemek, artırmak ve güçlendirmek olarak tanımlanmıştır.

Enstrümantal destek, aynı zamanda, somut yardımcı olarak adlandırılan finansal, zaman, emek ya da çevresel değişiklikler gibi her türlü yardım olarak ifade edilmektedir. Fakat Miles enstrümantal desteği kaliteli bakım verme desteği ile ifade ederek değiştirmiştir. Bunun sebebi ise ebeveynlerle yapılan görüşmelerde, hasta çocuğa verilen fiziksel ve psikososyal hemşirelik bakımının kalitesini kapsadığı düşünülmüştür (50–52).

Ülkemizde ebeveynlerin çocuğun hastaneye yatıştan itibaren desteğe ihtiyacı vardır. Bu destek çocuğun tedavi süreci ve bakım gereksinimlerini içerir. Örneğin hematoloji-onkoloji, kemik iliği nakil ünitesi gibi bakım ve tedavisi uzun, zorlu süreçlerde sağlanan ebeveyn desteği ile akut hastalığı olan çocukların ebeveynlerine verilen destek değişiklik gösterebilir. Onkoloji hastalarında kabul edilmesi gereken bir süreç mevcuttur ve aile bu dönemde yıpratıcı zamanlar yaşamaktadır. Çocuk, tedavi süreci boyunca ebeveyn psikolojisinden etkilenmekte ve tedavi sürecinde bunun etkisinin de büyük olduğu gözlenmektedir. Ebeveyne; çocuğuna yapılan her girişimde, uygulanan her tedavide, verilen her hemşirelik bakımında bilgi verilmeli ve ebeveyn hemşirelik bakımlarına dahil edilmelidir. Gerekirse ebeveyn ve çocuk için psikolojik destek alması önerilmez.

Ülkemizde yoğun bakım ünitelerinde ebeveynlerin refakat edemeği hastanelerde çocuğun aileden uzakta kalması ve kendini güvensiz hissetmesi tedaviye yanıt olumsuz etkilemekte ve hastanede kalış süreçlerini uzatmaktadır (12).

5- MATERYAL VE METOT

5.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, pediatri ünitelerinde yatan çocuklara verilen aile merkezli bakım ile ebeveynlere sağlanan destek düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

5.2. Araştırma Soruları

1. Pediatri ünitelerinde yatan çocuklara aile merkezli bakım veriliyor mu?
2. Pediatri ünitelerinde yatan çocukların ebeveynlerine destek sağlanıyor mu?
3. Pediatri ünitelerinde yatan çocuklara verilen aile merkezli bakım ile ebeveynlere sağlanan destek düzeyi arasında ilişki var mı?

5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul'da bulunan bir özel hastanenin pediatri ünitelerinde gerçekleştirildi. İstanbul Medipol Üniversitesi ve uygulama yapılan özel hastanenin Etik Kurullarından gerekli izinler alındıktan sonra yapıldı. Veriler 2019 Kasım-2020 Mayıs ayları arasında toplandı. Araştırma zaman dağılımı Tablo 5.3.1.'de verildi.

Tablo 5.3.1. Araştırma Zaman Dağılımı

Literatür tarama	Eylül 2018-Eylül 2019
Araştırma önerisi sunumu	Ekim 2019
İzinlerin alınması	Eylül-Ekim 2019
Veri toplama	Kasım 2019-Mayıs 2020
Verilerin analizi	Eylül 2020
Tez yazım	Eylül-Kasım 2020

5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; İstanbul’da bulunan bir özel hastanenin pediatri ünitelerine müracaat eden, üç gün ve üzeri yatış yapmış tüm çocukların ebeveynleri oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup pediatri ünitelerine müracaat eden çocukların araştırmaya katılmaya gönüllü olan 124 anne ve 31 baba olmak üzere toplam 155 ebeveyni örneklem grubunu oluşturdu.

5.5. Veri Toplama Tekniği

Ebeveynlere “Aile Merkezli Bakım Ölçeği” ve “Hemşire Ebeveyn Destek Ölçeği” (Ek-1) hakkında gerekli açıklamalar yapıldı ve onamları alındı. Araştırmaya katılmaya gönüllü ebeveynlerden anket toplama yöntemi ile araştırmacı tarafından veriler toplandı. Veri toplanması bir katılımcının ortalama 20 dakika vaktini aldı.

5.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri “Tanıtıcı Bilgiler Formu” (12 soru), ebeveynlerin aile merkezli bakıma ilişkin görüşlerini içeren 7 soruluk “Aile Merkezli Bakım Ölçeği” ve hemşirelerin ebeveynlere ne kadar destek olabildiklerini belirlemek amacıyla kullanılan 21 soruluk “Ebeveyn Destek Ölçeği” kullanılarak toplandı (Ek 1).

Tanıtıcı Bilgiler Formu; Ebeveynin; cinsiyeti, yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sağlık güvencesi, ekonomik durumu ve çocuk sayısı (7 soru), çocuğunun ise; cinsiyeti, yaşı, hastanede kalış süresi, yatış yaptığı ünite ve daha önce hastaneye yatış öyküsünü (5 soru) içeren toplam 12 soru bulunmaktadır.

Aile Merkezli Bakım Ölçeği (AMBÖ); Curley ve ark. tarafından 2013 yılında geliştirilen ve Altıparmak, Taş Arslan tarafından 2015 yılında Türkçeye uyarlanan ölçek ebeveynlerin hastanede kaldıkları süre içerisinde verilen hemşirelik bakımının değerlendirilmesi ile ilgili soruları önem ve tutarlılık açısından değerlendirmektedir. Ölçek 7 madde ve iki bölümden oluşmaktadır. Bölümler önemlilik ve tutarlılık olarak

ayrılmış olup, iki bölümde de aynı sorular sorulmuştur. Ebeveynler mevcut soruları önem ve tutarlılık açısından değerlendirmektedir. Her madde 1-5 arasında puanlanır. Toplam puan hem önemlilik hem tutarlılık bölümleri için 7-35 arasındadır ve ölçekte alt boyutlar bulunmamaktadır. Önemlilik bölümünde hemşireler ile ilgili verilen maddelerin ebeveynler için ne kadar önemli olduğu, tutarlılık bölümünde ise; hemşirelerin verilen maddeleri ne kadar tutarlı yaptığı ölçülmüştür (53). Puan arttıkça önemlilik ve tutarlılık oranı da artmıştır. Araştırmamızda kullanılan “Aile Merkezli Bakım Ölçeği” Cronbach Alfa değeri önemlilik bölümü için 0.70 tutarlılık bölümü için 0.79 olarak belirlendi. Bu çalışmada ise önemlilik bölümü için cronbach alfa değeri 0,86, tutarlılık bölümü için cronbach alfa değeri 0,85 olarak bulundu. Kullanılan ölçeğin geçerli güvenilir bir araç olduğu anlaşıldı.

Hemşire Ebeveyn Destek Ölçeği (HEDÖ); Miles, Carlson, Brunssen tarafından 1999 yılında geliştirilen sonrasında Yiğit ve ark. tarafından 2015 yılında Türkçeye uyarlanan ölçek hemşirelerin ebeveyn desteklerini ölçmek için kullanılmaktadır. Ölçek, (1) Hemen Hemen Hiç, (2) Ara Sıra, (3) Bazen, (4) Çoğu Zaman ve (5) Her Zaman şeklinde beşli likert tipinde, 21 maddeden ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. “Bilgi verme ve İletişim Desteği” (9 madde), “Duygusal Destek” (3 madde), “Saygı Desteği” (4 madde), “Kaliteli Bakım Verme” (5 madde) alt boyutlardır (50). Ölçekten alınabilecek en düşük puan 21, en yüksek puan 105’tir. Araştırmamızda kullanılan “Hemşire Ebeveyn Destek Ölçeği” Cronbach Alfa değeri 0,87’dir. Bu çalışmada ise cronbach alfa değeri 0,86 bulundu. Kullanılan ölçeğin geçerli güvenilir bir araç olduğu anlaşıldı.

5.7. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı.

İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi kullanıldı. Anova testi sonrasında farklılıkları

belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanıldı. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında pearson korelasyon analizi uygulandı.

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

İstanbul'da bulunan özel bir üniversite hastanesinin pediatri servislerinde çocukları yatan çalışmaya katılmaya gönüllü 155 ebeveyni ile sınırlı olup, veriler kişisel bilgiye dayalıdır.

5.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için; İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı ile araştırmanın yapıldığı özel üniversite hastanesinin başhekimliğinden yazılı kurum izni (EK2) alındı. Veri toplamaya başlamadan önce araştırmaya katılanlara araştırma hakkında bilgi verilerek "Gönüllü Oluru" ve "Gönüllülük" ilkesine, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek "Özerkliğe Saygı" ilkesine, araştırmaya katılan hastaların bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesine bağlı kalarak araştırmaya katılanların kimlik bilgileri kullanılmadan araştırma yürütüldü.

5.10. Çalışmada Kullanılan Mevcut Olanaklar

Araştırmacının çalıştığı ve araştırma yapılan özel hastanenin pediatri üniteleri yönetici ve çalışanları tarafından araştırmanın uygulanması ve verilerin toplanması basamağında olanak sağlandı. Ancak araştırma için herhangi bir kurum veya kuruluştan maddi yönden destek alınmamış olup, bütün maddi giderler araştırmacı tarafından karşılandı.

6. BULGULAR VE YORUMLAR

Pediatri servislerinde verilen aile merkezli bakım ile ebeveynlere sağlanan destek düzeyinin belirlenmesi amacı ile planlanan çalışmanın bu bölümünde, ebeveynlerden elde edilen bulgulara yer verildi. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapıldı.

Araştırma grubunda yer alana ebeveynlerin Tanımlayıcı Özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 6.1.'de belirtildi.



Tablo 6.1. Tanıtıcı Özellikler (N:155)

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	124	80,0
	Erkek	31	20,0
Yaş	30 ve Altı	42	27,1
	31-40	84	54,2
	40 Üzeri	29	18,7
Eğitim Düzeyi	İlkokul	35	22,6
	Ortaokul	26	16,8
	Lise	39	25,2
	Üniversite	55	35,5
Çalışma Durumu	Evet	51	32,9
	Hayır	104	67,1
Sağlık Güvencesi	Sgk	128	82,6
	Yeşil Kart	4	2,6
	Özel Sağlık Sigortası	10	6,5
	Yok	13	8,4
Ekonomik Durumu	Çok İyi	10	6,5
	İyi	50	32,3
	Orta ve Altı	95	61,3
Çocuk Sayısı	1	45	29,0
	2	65	41,9
	3	29	18,7
	4 ve Üzeri	16	10,3
Çocuğun Cinsiyeti	Kız	73	47,1
	Erkek	82	52,9
Çocuğun Yaşı	Sıfır-bir	28	18,1
	Bir-üç	33	21,3
	Üç-altı	30	19,4
	Altı-oniki	38	24,5
	Oniki-onsekiz	26	16,8
Çocuğun Kalış Süresi	Üç-yedi	50	32,3
	Sekiz-onbeş	25	16,1
	Onaltı-otuz	28	18,1
	Otuz Üzeri	52	33,5
Çocuğun Yattığı Ünite	Pediyatri Servisi	52	33,5
	Pediyatri Kit	77	49,7
	PICU	6	3,9
	NICU	20	12,9
Yatış Öyküsü	Evet	80	51,6
	Hayır	75	48,4

Örnekleme grubunda yer alan ebeveynlerin %80'inin kadın, %54,2'sinin 31-40 yaş aralığında, %35,5'inin üniversite mezunu olduğu, %61,7'sinin herhangi bir işte

çalışmadığı, %82,6'sının SGK'na bağlı sağlık güvencesinin olduğu, %61,3'ünün ekonomik durumunun orta ve altı olduğu tespit edildi.

Ebeveynlerin %41,9'unun 2 çocuğu olduğu, %52,9'unun erkek çocuğu olduğu, %24,5'inin altı-oniki yaş aralığında çocuğunun olduğu, %33,5'inin çocuğunun otuz gün ve üzeri, %32,3'ünün çocuğunun ise üç-yedi gündür hastanede yattığı, %49,7'unun çocuğunun Pediatri KİT ünitesinde, %33,5'inin çocuğunun ise Pediatri servisinde yattığı, %51,6'sının çocuğunun daha önce hastanede yatış öyküsünün olduğu, %48,4'ünün ise olmadığı saptandı.

Örneklem grubunda yer alana ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Puan Ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 6.2'de belirtildi.

Tablo 6.1. Aile Merkezli Bakım Puan Ortalamaları

	N	Ort ± Ss	Min.	Max.
Aile Merkezli Bakım Önemlilik	155	32,684 ± 2,940	25,000	35,000
Aile Merkezli Bakım Tutarlılık	155	30,626 ± 4,768	14,000	35,000
Eşleşme Yüzdesi	155	70,138 ± 38,949	0,000	100,000

Araştırmaya katılan ebeveynlerin “Aile Merkezli Bakım Önemlilik” bölümü puan ortalaması 32,684±2,940 (Min=25; Maks=35), “Aile Merkezli Bakım Tutarlılık” bölümü puan ortalaması 30,626±4,768 (Min=14; Maks=35), “Eşleşme Yüzdesi” bölümü ortalaması 70,138±38,949 (Min=0; Maks=100) olarak belirlendi.

Örneklem grubunda yer alana ebeveynlerin Hemşire Ebeveyn Destek Puan Ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 6.3'de belirtildi.

Tablo 6.2. Hemşire Ebeveyn Destek Puan Ortalamaları

	N	Ort ± Ss	Min.	Max.
Bilgi Verme ve İletişim Desteği	155	36,781 ± 6,662	19,000	45,000
Duygusal Destek	155	11,845 ± 2,817	4,000	15,000
Saygı Desteği	155	16,548 ± 3,234	8,000	20,000
Kaliteli Bakım Verme	155	19,697 ± 3,772	10,000	25,000
Hemşire Ebeveyn Destek Toplam	155	84,871 ± 15,208	45,000	105,000

Ebeveynlerin “Bilgi Verme ve İletişim Desteği” alt boyut puan ortalaması 36,781±6,662 (Min=19; Maks=45), “Duygusal Destek” alt boyut puan ortalaması 11,845±2,817 (Min=4; Maks=15), “Saygı Desteği” alt boyut puan ortalaması 16,548±3,234 (Min=8; Maks=20), “Kaliteli Bakım Verme” alt boyut puan ortalaması 19,697±3,772 (Min=10; Maks=25), “Hemşire Ebeveyn Destek Ölçeği” toplam puan ortalaması 84,871±15,208 (Min=45; Maks=105) olarak tespit edildi.

Örneklem grubunda yer alana ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Puanları ile Hemşire Ebeveyn Destek Puanlarına ilişkin Korelasyon Analizi Tablo 6.4’de belirtildi.

Tablo 6.3. Aile Merkezli Bakım Puanları ile Hemşire Ebeveyn Destek Puanları Korelasyon Analizi

		Aile Merkezli Bakım Önemlilik	Aile Merkezli Bakım Tutarlılık	Eşleşme Yüzdesi	Bilgi Verme Ve İletişim Desteği	Duygusal Destek	Saygı Desteği	Kaliteli Bakım Verme	Hemşire Ebeveyn Destek Toplam
Aile Merkezli Bakım Önemlilik	r	1,000							
	p	0,000							
Aile Merkezli Bakım Tutarlılık	r	0,295**	1,000						
	p	0,000	0,000						
Eşleşme Yüzdesi	r	-0,174*	0,753**	1,000					
	p	0,030	0,000	0,000					
Bilgi Verme Ve İletişim Desteği	r	0,282**	0,713**	0,567**	1,000				
	p	0,000	0,000	0,000	0,000				
Duygusal Destek	r	0,226**	0,673**	0,554**	0,833**	1,000			
	p	0,005	0,000	0,000	0,000	0,000			
Saygı Desteği	r	0,197*	0,756**	0,659**	0,786**	0,854**	1,000		
	p	0,014	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
Kaliteli Bakım Verme	r	0,313**	0,709**	0,599**	0,748**	0,734**	0,837**	1,000	
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
Hemşire Ebeveyn Destek Toplam	r	0,285**	0,773**	0,639**	0,945**	0,914**	0,923**	0,889**	1,000
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

*<0,05;

**<0,01

Örneklem grubunda yer alan ebeveynlerin aile merkezli bakım önemlilik, aile merkezli bakım tutarlılık, eşleşme yüzdesi, bilgi verme ve iletişim desteği, duygusal destek,

saygı desteği, kaliteli bakım verme, hemşire ebeveyn destek toplam puanları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde;

- Aile Merkezli Bakım tutarlılık bölümü puanları ile Aile Merkezli Bakım önemlilik bölümü puanları arasında $r=0.295$ pozitif ($p=0,000<0.05$),
- Eşleşme Yüzdesi ile Aile Merkezli Bakım önemlilik bölümü puanları arasında $r=-0.174$ negatif ($p=0,030<0.05$), Aile Merkezli Bakım tutarlılık bölümü puanları arasında ise $r=0.753$ pozitif ($p=0,000<0.05$),
- Bilgi Verme ve İletişim Desteği ile Aile Merkezli Bakım önemlilik bölümü puanları arasında $r=0.282$ ($p=0,000<0.05$), Aile Merkezli Bakım Tutarlılık arasında $r=0.713$ ($p=0,000<0.05$) ve Eşleşme Yüzdesi arasında $r=0.567$ pozitif ($p=0,000<0.05$),
- Duygusal Destek alt boyut puanı ile Aile Merkezli Bakım önemlilik bölümü puanları arasında $r=0.226$ ($p=0,005<0.05$), Aile Merkezli Bakım tutarlılık bölümü puanı arasında $r=0.673$ ($p=0,000<0.05$), Eşleşme Yüzdesi bölümü puanı arasında $r=0.554$ ($p=0,000<0.05$), Bilgi Verme ve İletişim Desteği alt boyut puanları arasında $r=0.833$ pozitif ($p=0,000<0.05$),
- Saygı Desteği alt boyut puanı ile Aile Merkezli Bakım önemlilik bölümü puanı arasında $r=0.197$ ($p=0,014<0.05$), Aile Merkezli Bakım tutarlılık bölümü puanı arasında $r=0.756$ ($p=0,000<0.05$), Eşleşme Yüzdesi bölümü puanı arasında $r=0.659$ ($p=0,000<0.05$), Bilgi Verme ve İletişim Desteği arasında $r=0.786$ ($p=0,000<0.05$), Duygusal Destek alt boyut puanı arasında $r=0.854$ pozitif ($p=0,000<0.05$),
- Kaliteli Bakım Verme alt boyut puanı ile Aile Merkezli Bakım önemlilik bölümü puanı arasında $r=0.313$ ($p=0,000<0.05$), Aile Merkezli Bakım tutarlılık bölümü puanı arasında $r=0.709$ ($p=0,000<0.05$), eşleşme yüzdesi bölümü puanı arasında $r=0.599$ ($p=0,000<0.05$), Bilgi Verme ve İletişim Desteği alt boyut puanı arasında $r=0.748$ ($p=0,000<0.05$), Duygusal Destek arasında $r=0.734$ pozitif ($p=0,000<0.05$),
- Kaliteli Bakım Verme alt boyut puanı ile Saygı Desteği alt boyut puanı arasında $r=0.837$ pozitif ($p=0,000<0.05$),
- Hemşire Ebeveyn Destek Toplam puanı ile Aile Merkezli Bakım önemlilik

bölümü puanı arasında $r=0.285$ ($p=0,000<0.05$), Aile Merkezli Bakım tutarlılık bölümü puanı arasında $r=0.773$ ($p=0,000<0.05$), Eşleşme Yüzdesi arasında $r=0.639$ ($p=0,000<0.05$), Bilgi Verme ve İletişim Desteği alt boyut puanı arasında $r=0.945$ ($p=0,000<0.05$), Duygusal Destek alt boyut puanı arasında $r=0.914$ ($p=0,000<0.05$), Saygı Desteği alt boyut puanı arasında $r=0.923$ ($p=0,000<0.05$), Kaliteli Bakım Verme alt boyut puanı arasında $r=0.889$ pozitif ($p=0,000<0.05$) ilişki bulundu.

Araştırmaya katılan ebevenlerin Aile Merkezli Bakım Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu Tablo 6.5.'de belirtildi.



Tablo 6.5. Aile Merkezli Bakım Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (n:155)

	Demografik Özellikler	N	Aile Merkezli Bakım Önemlilik	Aile Merkezli Bakım Tutarlılık	Eşleşme Yüzdesi	
			Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
Cinsiyet	Kadın	124	32,815±2,847	31,202±4,000	73,502±36,782	
	Erkek	31	32,161±3,287	28,323±6,650	56,682±44,795	
	t=		1,107	3,090	2,177	
	p=		0,270	0,027	0,060	
Yaş	30 Ve Altı	42	32,214±3,049	30,214±4,771	65,306±40,547	
	31-40	84	32,726±2,943	30,679±4,618	70,068±37,999	
	40 Üzeri	29	33,241±2,760	31,069±5,291	77,340±39,589	
	F=		1,066	0,284	0,817	
			p=	0,347	0,753	0,444
Eğitim Düzeyi	İlkokul	35	33,571±2,671	33,171±3,626	89,796±24,882	
	Ortaokul	26	31,769±2,957	30,500±3,839	69,780±37,542	
	Lise	39	32,154±3,074	29,692±4,974	61,172±39,864	
	Üniversite	55	32,927±2,879	29,727±5,162	64,156±42,669	
	F=		2,522	4,815	4,362	
			p=	0,060	0,003	0,006
				1 > 2, 1 > 3, 1 > 4	1 > 2, 1 > 3, 1 > 4 (p<0.05)	
				(p<0.05)		
Çalışma Durumu	Evet	51	32,373±3,092	28,588±5,913	58,543±43,543	
	Hayır	104	32,837±2,866	31,625±3,734	75,824±35,335	
	t=		-0,923	-3,894	-2,645	
	p=		0,358	0,001	0,016	
Ekonomik Durumu	Çok İyi	10	32,900±2,885	29,900±4,202	58,571±43,877	
	İyi	50	32,640±3,022	29,740±5,038	64,286±42,147	
	Orta ve Altı	95	32,684±2,933	31,168±4,642	74,436±36,385	
	F=		0,032	1,607	1,596	
			p=	0,968	0,204	0,206
Çocuk Sayısı	1	45	32,711±2,928	29,489±4,718	58,095±42,247	
	2	65	32,462±3,037	30,815±5,123	73,407±36,933	
	3	29	32,414±3,134	30,931±4,276	73,892±39,874	
	4 Ve Üzeri	16	34,000±1,932	32,500±3,742	83,929±28,985	
	F=		1,282	1,778	2,409	
			p=	0,283	0,154	0,069
Çocuğun Cinsiyeti	Kız	73	32,836±2,944	30,164±5,175	64,384±42,467	
	Erkek	82	32,549±2,949	31,037±4,364	75,261±34,996	
	t=		0,605	-1,138	-1,747	
	p=		0,546	0,257	0,086	
Çocuğun Yaşı	Sıfır-bir	28	32,393±2,807	30,357±4,262	69,898±38,163	
	Bir-üç	33	32,424±3,269	29,273±5,369	57,143±42,408	
	Üç-altı	30	31,700±3,131	29,433±5,673	69,524±37,840	
	Altı-oniki	38	33,211±2,858	32,132±3,520	76,692±35,059	
	Oniki-onsekiz	26	33,692±2,187	31,808±4,327	78,022±40,453	
	F=		2,100	2,608	1,474	
	p=		0,084	0,038	0,213	
				4 > 2, 5 > 2, 4 > 3	(p<0.05)	
Çocuğun Kalış Süresi	Üç-yedi	50	32,800±2,969	28,700±5,818	56,286±45,580	
	Sekiz-onbeş	25	31,920±2,929	29,680±3,934	65,714±38,465	
	Onaltı-otuz	28	32,714±3,264	32,214±3,785	72,959±36,750	
	Otuz Üzeri	52	32,923±2,757	32,077±3,693	84,066±27,813	
	F=		0,700	6,274	4,814	
	p=		0,553	0,000	0,003	
				3 > 1, 4 > 1, 3 > 2, 4 > 2	(p<0.05)	
Çocuğun Yatıldığı Ünite	Pediyatri Servisi	52	32,135±3,016	28,462±4,976	54,670±43,157	
	Pediyatri Kit	77	32,922±2,937	32,299±3,498	82,746±29,253	
	PICU ve NICU	26	33,077±2,741	30,000±5,790	63,736±43,749	
	F=		1,399	11,766	9,413	
	p=		0,250	0,000	0,000	
					2 > 1, 2 > 3	(p<0.05)
					2 > 1, 2 > 3	(p<0.05)
Yaş Öyküsü	Evet	80	33,063±2,905	31,525±4,340	74,464±36,771	
	Hayır	75	32,280±2,943	29,667±5,039	65,524±40,887	
	t=		1,665	2,465	1,433	
	p=		0,098	0,015	0,154	

Örnekleme grubunda bulunan ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Tutarlılık puanları ile ebeveynlerin cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, çocuğunun yaşı, çocuğunun hastanede kalış süresi, çocuğunun yattığı ünite ve yatış öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p < 0.05$).

Kadın ebeveynlerin aile merkezli bakım tutarlılık puanları ($31,202 \pm 4,000$), erkeklerin aile merkezli bakım tutarlılık puanlarından ($28,323 \pm 6,650$) yüksek bulundu ($t=3,090$; $p=0.027$).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin aile merkezli bakım tutarlılık puanları eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=4,815$; $p=0.003$). Farkın nedeni eğitim düzeyi ilkokul olan ebeveynlerin aile merkezli bakım tutarlılık puanlarının (171) eğitim düzeyi ortaokul ($30,500 \pm 3,839$) lise ($29,692 \pm 4,974$) ve üniversite ($29,727 \pm 5,162$) olan ebeveynlerin aile merkezli bakım tutarlılık puanlarından yüksek olması idi.

Çalışan ebeveynlerin aile merkezli bakım tutarlılık puanları ($28,588 \pm 5,913$), çalışmayanların aile merkezli bakım tutarlılık puanlarından ($31,625 \pm 3,734$) düşük belirlendi ($t=-3,894$; $p=0.001 < 0.05$).

Örnekleme grubunda yer alan ebeveynlerin aile merkezli bakım tutarlılık puanları çocuğunun yaşı değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=2,608$; $p=0.038$). Farkın nedeni çocuğunun yaşı altı-oniki olan ebeveynlerin aile merkezli bakım tutarlılık puanlarının ($32,132 \pm 3,520$) çocuğunun yaşı bir-üç ve üç-altı olan ebeveynlerin aile merkezli bakım tutarlılık puanlarından; çocuğunun yaşı oniki-onsekiz olan ebeveynlerin aile merkezli bakım tutarlılık puanlarının ($31,808 \pm 4,327$) çocuğunun yaşı bir-üç olan ebeveynlerin aile merkezli bakım tutarlılık puanlarından yüksek olması idi.

Ebeveynlerin aile merkezli bakım tutarlılık puanları çocuğunun hastanede kalış süresi değişkenine göre anlamlı farklı idi ($F=6,274$; $p=0 < 0.05$). Farkın nedeni çocuğunun hastanede kalış süresi onaltı-otuz gün olan ebeveynlerin aile merkezli bakım tutarlılık puanlarının ($32,214 \pm 3,785$) çocuğunun hastanede kalış süresi üç-yedi gün ve sekiz-onbeş gün olan ebeveynlerin aile merkezli bakım tutarlılık puanlarından; çocuğunun

hastanede kalış süresi otuz gün üzeri olan ebeveynlerin aile merkezli bakım tutarlılık puanlarının ($32,077\pm3,693$) çocuğunun hastanede kalış süresi üç-yedi gün ve sekiz-onbeş gün olan ebeveynlerin aile merkezli bakım tutarlılık puanlarından yüksek olmasından kaynaklandı.

Araştırmaya katılanların aile merkezli bakım tutarlılık puanları çocuğunun yattığı ünite değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=11,766$; $p=0$). Farkın nedeni çocuğunun yattığı ünite pediatri KİT olan ebeveynlerin aile merkezli bakım tutarlılık puanlarının ($32,299\pm3,498$) çocuğunun yattığı ünite pediatri servisi, PICU ve NICU olanların aile merkezli bakım tutarlılık puanlarından yüksek olması idi.

Çocuğunun daha önceden hastanede yatış öyküsü olan ebeveynlerin aile merkezli bakım tutarlılık puanları ($31,525\pm4,340$) çocuğunun hastanede yatış öyküsü olmayanların aile merkezli bakım tutarlılık puanlarından ($29,667\pm5,039$) yüksek bulundu.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin Eşleşme Yüzdesi puanları ile eğitim düzeyi, çalışma durumu, çocuğunun hastanede kalış süresi ve çocuğunun yattığı ünite arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi.

Ebeveynlerin eşleşme yüzdesi puanları eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklı idi ($F=4,362$; $p=0.006$). Farkın nedeni eğitim düzeyi ilkokul olan ebeveynlerin eşleşme yüzdesi puanlarının ($89,796\pm24,882$) eğitim düzeyi ortaokul, lise ve üniversite olanların eşleşme yüzdesi puanlarından yüksek olmasından kaynaklandı.

Çalışan ebeveynlerin eşleşme yüzdesi puanları ($58,543\pm43,543$) çalışmayanların eşleşme yüzdesi puanlarından ($75,824\pm35,335$) düşük bulundu ($t=-2,645$; $p=0.016$).

Araştırmaya katılanların ebeveynlerin eşleşme yüzdesi puanları çocuğunun hastanede kalış süresi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=4,814$; $p=0.003$). Farkın nedeni çocuğunun hastanede kalış süresi otuz gün üzeri olan ebeveynlerin eşleşme yüzdesi puanlarının ($84,066\pm27,813$) çocuğunun hastanede kalış süresi üç-yedi ve sekiz-onbeş gün olanların eşleşme yüzdesi puanlarından yüksek olması idi.

Örneklem grubunda yer alan ebeveynlerin eşleşme yüzdesi puanları çocuğunun yattığı ünite değişkenine göre anlamlı farklıydı ($F=9,413$; $p=0<0.05$). Farkın nedeni çocuğunun yattığı ünite pediatri KİT olanların eşleşme yüzdesi puanlarının ($82,746\pm 29,253$) çocuğun yattığı ünite pediatri servisi, PICU ve NICU olanların eşleşme yüzdesi puanlarından yüksek olması idi.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin Hemşire Ebeveyn Destek Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu Tablo 6.6'da belirtildi.



Tablo 6.6. Hemşire Ebeveyn Destek Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=155)

	Demografik Özellikler	n	Bilgi Verme ve İletişim Desteği	Duygusal Destek	Saygı Desteği	Kaliteli Bakım Verme	Hemşire Ebeveyn Destek Toplam
			Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Cinsiyet	Kadın	124	37,436±6,531	12,258±2,575	17,065±2,901	20,177±3,520	86,936±14,160
	Erkek	31	34,161±6,639	10,194±3,167	14,484±3,696	17,774±4,177	76,613±16,645
	t=		2,488	3,806	4,181	3,272	3,502
	p=		0,014	0,000	0,000	0,001	0,001
Yaş	30 Ve Altı	42	35,071±7,290	11,452±2,847	16,048±3,268	18,548±3,590	81,119±15,655
	31-40	84	37,441±5,971	12,119±2,613	16,881±2,996	20,155±3,652	86,595±13,833
	40 Üzeri	29	37,345±7,389	11,621±3,321	16,310±3,809	20,035±4,136	85,310±17,769
	F=		1,921	0,896	1,027	2,746	1,850
	p=		0,150	0,410	0,361	0,067	0,161
Eğitim Düzeyi	İlkokul	35	40,829±5,978	13,400±2,172	18,457±2,501	22,143±3,164	94,829±12,942
	Ortaokul	26	35,654±7,144	12,115±2,338	17,346±2,727	20,731±3,595	85,846±14,251
	Lise	39	35,205±5,917	11,256±2,844	15,846±3,192	18,410±3,633	80,718±14,266
	Üniversite	55	35,855±6,473	11,146±3,015	15,455±3,321	18,564±3,479	81,018±14,986
	F=		6,209	5,834	8,348	10,308	8,189
	P=		0,001	0,001	0,000	0,000	0,000
PostHoc=		1 > 2, 1 > 3, 1 > 4 (p<0.05)	1 > 3, 1 > 4 (p<0.05)	1 > 3, 1 > 4, 2 > 4 (p<0.05)	1 > 3, 2 > 3, 1 > 4, 2 > 4 (p<0.05)	1 > 2, 1 > 3, 1 > 4 (p<0.05)	
Çalışma Durumu	Evet	51	34,216±6,341	10,628±2,821	14,902±3,324	17,706±3,472	77,451±14,862
	Hayır	104	38,039±6,479	12,442±2,629	17,356±2,876	20,673±3,535	88,510±14,069
	t=		-3,475	-3,942	-4,738	-4,939	-4,513
	p=		0,001	0,000	0,000	0,000	0,000
Ekonomik Durumu	Çok İyi	10	34,300±2,669	10,300±2,584	13,800±2,486	16,900±2,132	75,300±8,152
	İyi	50	35,980±6,403	11,560±2,704	15,920±3,263	18,600±3,597	82,060±14,714
	Orta e Altı	95	37,463±7,013	12,158±2,856	17,168±3,097	20,568±3,726	87,358±15,475
	F=		1,564	2,388	6,775	8,081	4,279
	p=		0,213	0,095	0,002	0,000	0,016
PostHoc=				3 > 1, 3 > 2 (p<0.05)	3 > 1, 3 > 2 (p<0.05)	3 > 1, 3 > 2 (p<0.05)	
Çocuk Sayısı	1	45	35,200±6,402	11,378±2,790	15,911±3,281	18,378±3,446	80,867±14,254
	2	65	36,923±6,627	11,708±2,967	16,554±3,187	19,739±3,747	84,923±15,331
	3	29	37,069±6,718	12,035±2,666	16,690±3,465	20,035±4,119	85,828±15,931
	4 ve Üzeri	16	40,125±6,642	13,375±2,125	18,063±2,516	22,625±2,247	94,188±12,629
	F=		2,271	2,126	1,798	5,588	3,213
p=		0,083	0,099	0,150	0,001	0,025	
PostHoc=					4 > 1, 4 > 2, 4 > 3 (p<0.05)	4 > 1, 4 > 2 (p<0.05)	
Çocuğun Cinsiyeti	Kız	73	36,206±6,799	11,493±2,853	16,123±3,436	19,370±4,138	83,192±16,080
	Erkek	82	37,293±6,537	12,159±2,764	16,927±3,013	19,988±3,412	86,366±14,320
	t=		-1,014	-1,473	-1,551	-1,018	-1,300
	p=		0,312	0,143	0,126	0,310	0,196
Çocuğun Yaşı	Sıfır-bir	28	35,536±7,280	11,500±2,950	16,000±3,453	18,857±3,659	81,893±15,576
	Bir-üç	33	34,667±6,599	11,061±2,957	15,667±3,247	18,333±4,036	79,727±15,255
	Üç-altı	30	35,100±6,488	11,267±2,703	16,200±3,167	19,200±3,231	81,767±14,151
	Altı-oniki	38	38,895±5,769	12,763±2,583	17,395±3,018	21,105±3,303	90,158±13,534
	On iki-on sekiz	26	39,654±5,993	12,539±2,611	17,423±3,088	20,846±4,017	90,462±15,166

Tablo 6.6. Hemşire Ebeveyn Destek Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu Devam Tablosu (N:155)

	F=		4,009	2,563	2,085	3,731	3,810
	p=		0,004	0,041	0,086	0,006	0,006
	PostHoc=		4 > 1, 5 > 1, 4 > 2, 5 > 2, 4 > 3, 5 > 3 (p<0.05)	4 > 2, 5 > 2, 4 > 3 (p<0.05)		4 > 1, 5 > 1, 4 > 2, 5 > 2, 4 > 3 (p<0.05)	4 > 1, 5 > 1, 4 > 2, 5 > 2, 4 > 3, 5 > 3 (p<0.05)
Çocuğun Kalış Süresi	Üç-yedi	50	34,300±6,215	10,960±2,642	14,760±3,133	17,640±3,022	77,660±13,915
	Sekiz-onbeş	25	34,640±6,969	10,600±3,367	15,280±3,446	18,440±4,243	78,960±16,635
	Onaltı-otuz	28	37,893±6,070	12,321±2,374	17,250±2,757	20,000±2,722	87,464±12,839
	Otuz Üzeri	52	39,596±6,124	13,039±2,417	18,500±2,110	22,115±3,294	93,250±12,308
	F=		7,333	7,490	17,303	17,192	13,004
	p=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	PostHoc=		3 > 1, 4 > 1, 4 > 2 (p<0.05)	3 > 1, 4 > 1, 3 2, 4 > 2 (p<0.05)	3 > 1, 4 > 1, 3 > 2, 4 > 2 (p<0.05)	3 > 1, 4 > 1, 4 > 2, 4 > 3 (p<0.05)	3 > 1, 4 > 1, 3 > 2, 4 > 2 (p<0.05)
Çocuğun Yattığı Ünite	Pediatric Servisi	52	32,923±6,142	10,173±2,888	14,231±2,874	17,192±3,332	74,519±14,103
	Pediatric Kit	77	39,182±5,873	12,870±2,185	18,260±2,022	21,533±2,989	91,844±11,431
	Pybü Ve Nicu	26	37,385±6,518	12,154±2,866	16,115±3,840	19,269±3,769	84,923±15,783
	F=		16,634	17,499	35,193	28,037	26,921
	p=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	PostHoc=		2 > 1, 3 > 1 (p<0.05)	2 > 1, 3 > 1 (p<0.05)	2 > 1, 3 > 1, 2 > 3 (p<0.05)	2 > 1, 3 > 1, 2 > 3 (p<0.05)	2 > 1, 3 > 1, 2 > 3 (p<0.05)
Yatış Öyküsü	Evet	80	37,963±6,653	12,425±2,494	17,425±2,854	20,725±3,438	88,538±13,990
	Hayır	75	35,520±6,479	11,227±3,021	15,613±3,369	18,600±3,824	80,960±15,567
	t=		2,313	2,700	3,620	3,642	3,191
	p=		0,022	0,008	0,000	0,000	0,002

Araştırmaya katılan ebeveynlerin HEDÖ Bilgi Verme ve İletişim Desteği Puanları ile cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, çocuğun yaşı, çocuğunun hastanede kalış süresi, çocuğunun yattığı ünite ve yatış öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi.

Kadın ebeveynlerin bilgi verme ve iletişim desteği puanları (37,436±6,531), erkeklerin bilgi verme ve iletişim desteği puanlarından (34,161±6,639) yüksek bulundu (t=2,488; p=0.014<0.05).

Araştırmaya katılanların bilgi verme ve iletişim desteği alt boyut puanları eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdi (F=6,209; p=0.001<0.05). Eğitim düzeyi ilkokul olan ebeveynlerin bilgi verme ve iletişim desteği alt boyut puanlarının (35,654±7,144) eğitim düzeyi ortaokul, lise ve üniversite mezunu olan ebeveynlerin puanlarından yüksek olması idi.

Çalışan ebeveynlerin bilgi verme ve iletişim desteği alt boyut puanları (34,216±6,341), çalışmayanların bilgi verme ve iletişim desteği alt boyut puanlarından (38,039±6,479) düşük bulundu ($t=-3,475$; $p=0.001$).

Örneklem grubuna dahil edilen ebeveynlerin bilgi verme ve iletişim desteği puanları çocuğun yaşı değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=4,009$; $p=0.004$). Farkın nedeni çocuğunun yaşı altı-oniki olanların bilgi verme ve iletişim desteği puanlarının (38,895±5,769) çocuğun yaşı sıfır-bir yaş, bir-üç yaş ve üç-altı yaş olanların bilgi verme ve iletişim desteği puanlarından yüksek, çocuğun yaşı oniki-onsekiz olanların bilgi verme ve iletişim desteği puanlarının (39,654±5,993) çocuğun yaşı sıfır-bir yaş, bir-üç yaş ve üç-altı yaş olanların puanlarından yüksek olması idi.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin bilgi verme ve iletişim desteği alt boyut puanları çocuğun kalış süresi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=7,333$; $p=0<0.05$). Farkın nedeni çocuğunun hastanede kalış süresi onaltı-otuz gün olanların bilgi verme ve iletişim desteği puanlarının (37,893±6,070) çocuğunun hastanede kalış süresi üç-yedi gün olanların bilgi verme ve iletişim desteği puanlarından, ayrıca çocuğunun hastanede kalış süresi otuz gün üzeri olanların bilgi verme ve iletişim desteği puanlarının (39,596±6,124) çocuğunun hastanede kalış süresi üç-yedi gün ve sekiz-onbeş gün olanların puanlarından yüksek olmasıydı.

Örneklem grubunda yer alan ebeveynlerin bilgi verme ve iletişim desteği alt boyut puanları çocuğun yattığı ünite değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=16,634$; $p=0<0.05$). Farkın nedeni çocuğun yattığı ünite Pediatri KİT olanların bilgi verme ve iletişim desteği alt boyut puanlarının (39,182±5,873) çocuğun yattığı ünite Pediatri servisi olanların bilgi verme ve iletişim desteği puanlarından; çocuğun yattığı ünite PICU ve NICU olanların bilgi verme ve iletişim desteği puanlarının (37,385±6,518) çocuğun yattığı ünite pediatri servisi olanların puanlarından yüksek olmasıydı.

Çocuğunun hastaneye yatış öyküsü olanların bilgi verme ve iletişim desteği alt boyut puanları (37,963±6,653), çocuğunun hastaneye yatış öyküsü olmayanların bilgi verme ve iletişim desteği puanlarından (35,520±6,479) yüksek bulundu ($t=2,313$; $p=0.022$).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin HEDÖ Duygusal Destek alt boyut puanları ile cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, çocuğun yaşı, çocuğunun hastanede kalış süresi, çocuğunun yattığı ünite ve yatış öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0.05$).

Araştırmaya dahil olan kadın ebeveynlerin duygusal destek alt boyut puanları ($12,258\pm 2,575$), erkeklerin duygusal destek puanlarından ($10,194\pm 3,167$) yüksek bulundu ($t=3,806$; $p=0<0.05$).

Örneklem grubundaki ebeveynlerin duygusal destek alt boyut puanları eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=5,834$; $p=0.001<0.05$). Eğitim düzeyi ilkokul olan ebeveynlerin duygusal destek puanlarının ($13,400\pm 2,172$) eğitim düzeyi lise ve üniversite olan ebeveynlerin puanlarından yüksek olmasıydı.

Araştırmaya katılan çalışan ebeveynlerin duygusal destek alt boyut puanları ($10,628\pm 2,821$), çalışmayan ebeveynlerin puanlarından ($12,442\pm 2,629$) düşük belirlendi ($t=-3,942$; $p=0<0.05$).

Ebeveynlerin duygusal destek alt boyut puanları çocuğun yaşı değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=2,563$; $p=0.041<0.05$). Çocuğunun yaşı altı-oniki olan ebeveynlerin duygusal destek puanlarının ($12,763\pm 2,583$) çocuğun yaşı bir-üç yaş ve üç-altı olanların duygusal destek alt boyut puanlarından; çocuğun yaşı oniki-onsekiz olanların duygusal destek puanlarının ($12,539\pm 2,611$) çocuğun yaşı bir-üç olanların puanlarından yüksek olmasından kaynaklandı.

Ebeveynlerin duygusal destek alt boyut puanları çocuğun hastanede kalış süresi değişkenine göre anlamlı farklı idi ($F=7,490$; $p=0<0.05$). Farkın nedeni çocuğun hastanede kalış süresi onaltı-otuz gün olanların duygusal destek puanlarının ($12,321\pm 2,374$) çocuğun hastanede kalış süresi üç-yedi gün ile sekiz-onbeş gün olanların duygusal destek puanlarından; çocuğun hastanede kalış süresi otuz üzeri olanların duygusal destek alt boyut puanlarının ($13,039\pm 2,417$) çocuğun kalış süresi üç-yedi gün ve sekiz-onbeş gün olanların puanlarından yüksek olması idi.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin duygusal destek puanları çocuğun yattığı ünite değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=17,499$; $p=0<0.05$). Farkın nedeni çocuğun yattığı ünite pediatri KİT olanların duygusal destek puanlarının ($12,870\pm 2,185$) çocuğun yattığı ünite pediatri servisi olanların duygusal destek puanlarından; çocuğun yattığı ünite PICU ve NICU olanların duygusal destek puanlarının ($12,154\pm 2,866$) çocuğun yattığı ünite pediatri servisi olanların puanlarından yüksek olmasından kaynaklandı.

Çocuğunun hastanede yatış öyküsü olan ebeveynlerin duygusal destek alt boyut puanları ($12,425\pm 2,494$), yatış öyküsü olmayanların duygusal destek alt boyut puanlarından ($11,227\pm 3,021$) yüksek bulundu ($t=2,700$; $p=0.008<0.05$).

*Araştırmaya katılan ebeveynlerin **HEDÖ Saygı Desteği** alt boyut puanları ile cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum, çocuğunun hastanede kalış süresi, çocuğunun yattığı ünite ve yatış öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0.05$).*

Kadın ebeveynlerin saygı desteği alt boyutu puanları ($17,065\pm 2,901$), erkek ebeveynlerin saygı desteği alt boyut puanlarından ($14,484\pm 3,696$) yüksek bulundu ($t=4,181$; $p=0<0.05$).

Ebeveynlerin saygı desteği alt boyut puanları eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=8,348$; $p=0<0.05$). Farkın nedeni eğitim düzeyi ilkokul olan ebeveynlerin saygı desteği alt boyut puanlarının ($18,457\pm 2,501$) eğitim düzeyi lise ve üniversite olanların saygı desteği alt boyut puanlarından; eğitim düzeyi ortaokul olan ebeveynlerin saygı desteği alt boyut puanlarının ($17,346\pm 2,727$) eğitim düzeyi üniversite olanların puanlarından yüksek olmasından kaynaklandı.

Çalışmayan ebeveynlerin saygı desteği puanları ($17,356\pm 2,876$) çalışan ebeveynlerin saygı desteği puanlarından ($14,902\pm 3,324$) yüksek bulundu ($t=-4,738$; $p=0<0.05$).

Araştırmaya dahil olan ebeveynlerin saygı desteği alt boyut puanları ekonomik durumu değişkenine göre anlamlı farklı idi ($F=6,775$; $p=0.002<0.05$). Farkın nedeni ekonomik durumu orta ve altı olan ebeveynlerin saygı desteği alt boyut puanlarının

(17,168±3,097) ekonomik durumu iyi ve çok iyi olanların puanlarından yüksek olmasıydı.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin saygı desteği alt boyutu puanları çocuğunun hastanede kalış süresi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=17,303$; $p=0<0.05$). Farkın nedeni çocuğunun hastanede kalış süresi onaltı-otuz gün olan ebeveynlerin saygı desteği alt boyut puanlarının (17,250±2,757) çocuğunun kalış süresi üç-yedi gün ve sekiz-onbeş gün olanların saygı desteği alt boyut puanlarından; çocuğunun hastanede kalış süresi otuz gün üzeri olan ebeveynlerin saygı desteği alt boyut puanlarının (18,500±2,110) çocuğunun hastanede kalış süresi üç-yedi gün ve sekiz-onbeş gün olan ebeveynlerin puanlarından yüksek olmasıydı.

Ebeveynlerin saygı desteği alt boyut puanları çocuğunun yattığı ünite değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=35,193$; $p=0<0.05$). Farkın nedeni çocuğunun yattığı ünite pediatri KİT olan ebeveynlerin saygı desteği alt boyut puanlarının (18,260±2,022) çocuğunu yattığı ünite pediatri servisi olan ebeveynlerin duygusal saygı desteği puanlarından; Çocuğunun yattığı ünite PICU ve NICU olan ebeveynlerin saygı desteği alt boyut puanlarının (16,115±3,840) çocuğunun yattığı ünite pediatri servisi olan ebeveynlerin puanlarından yüksek olması idi.

Çocuğunun hastanede yatış öyküsü olan ebeveynlerin saygı desteği alt boyut puanları (17,425±2,854), çocuğunun hastanede yatış öyküsü olmayan ebeveynlerin saygı desteği alt boyut puanlarından (15,613±3,369) yüksek bulundu ($t=3,620$; $p=0<0.05$).

*Araştırmaya katılan ebeveynlerin **HEDÖ Kaliteli Bakım Verme Desteği** alt boyut puanları ile cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum, çocuk sayısı, çocuğun yaşı, çocuğunun hastanede kalış süresi, çocuğunun yattığı ünite ve yatış öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0.05$).*

Kadın ebeveynlerin kaliteli bakım verme alt boyut puanları (20,177±3,520), erkek ebeveynlerin kaliteli bakım verme alt boyut puanlarından (17,774±4,177) yüksek idi ($t=3,272$; $p=0.001<0.05$).

Örneklem grubunda yer alan ebeveynlerin kaliteli bakım verme alt boyut puanları eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=10,308$; $p=0<0.05$). Farkın nedeni eğitim düzeyi ilkokul olan ebeveynlerin kaliteli bakım verme alt boyut puanlarının ($22,143\pm 3,164$) eğitim düzeyi lise ve üniversite olanların kaliteli bakım verme alt boyut puanlarından, eğitim düzeyi ortaokul olan ebeveynlerin kaliteli bakım verme alt boyut puanlarının ($20,731\pm 3,595$) eğitim düzeyi lise ve üniversite olan ebeveynlerin puanlarından yüksek olması idi.

Çalışmayan ebeveynlerin kaliteli bakım verme alt boyut puanları ($17,706\pm 3,472$) çalışan ebeveynlerin kaliteli bakım verme alt boyut puanlarından ($20,673\pm 3,535$) yüksek bulundu ($t=-4,939$; $p=0$).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin kaliteli bakım verme alt boyut puanları ekonomik durumu değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=8,081$; $p=0$). Ekonomik durumu orta ve altı olan ebeveynlerin kaliteli bakım verme alt boyut puanlarının ($20,568\pm 3,726$) ekonomik durumu çok iyi ve iyi olanların puanlarından yüksek olmasından kaynaklandı.

Araştırmaya dahil edilen ebeveynlerin kaliteli bakım verme alt boyut puanları çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=5,588$; $p=0.001$). Çocuk sayısı 4 ve üzeri olan ebeveynlerin kaliteli bakım verme alt boyut puanlarının ($22,625\pm 2,247$) çocuk sayısı 1, 2 ve 3 olan ebeveynlerin puanlarından yüksek olmasıydı.

Ebeveynlerin kaliteli bakım verme alt boyut puanları çocuğun yaşı değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=3,731$; $p=0.006$). Farkın nedeni çocuğunun yaşı altı-oniki olan ebeveynlerin kaliteli bakım verme alt boyut puanlarının ($21,105\pm 3,303$) çocuğunun yaşı Sıfır-bir, bir-üç ve üç-altı olan ebeveynlerin kaliteli bakım verme puanlarından; Çocuğunun yaşı oniki-onsekiz olan ebeveynlerin kaliteli bakım verme alt boyut puanlarının ($20,846\pm 4,017$) çocuğunun yaşı sıfır-bir ve bir-üç ebeveynlerin puanlarından yüksek olması idi.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin kaliteli bakım verme alt boyut puanları çocuğun hastanede kalış süresi değişkenine göre anlamlı farklı idi ($F=17,192$; $p=0$). Farkın nedeni çocuğunun hastanede kalış süresi onaltı-otuz gün olanların kaliteli bakım verme

alt boyut puanlarının (20,000±2,722) çocuğunun hastanede kalış süresi üç-yedi olanların kaliteli bakım verme puanlarından; çocuğunun hastanede kalış süresi otuz gün üzeri olan ebeveynlerin kaliteli bakım verme alt boyut puanlarının (22,115±3,294) çocuğunun hastanede kalış süresi üç-yedi, sekiz-onbeş ve onaltı-otuz gün olan ebeveynlerin puanlarından yüksek olmasıydı.

Ebeveynlerin kaliteli bakım verme alt boyut puanları çocuğunun yattığı ünite değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdi (F=28,037; p=0). Farkın nedeni çocuğunun yattığı ünite Pediatri KİT olan ebeveynlerin kaliteli bakım verme alt boyut puanlarının (21,533±2,989) çocuğunun yattığı ünite pediatri servisi, PICU ve NICU olanların kaliteli bakım verme puanlarından; Çocuğunun yattığı ünite PICU ve NICU olanların kaliteli bakım verme puanlarının (19,269±3,769) çocuğunun yattığı ünite pediatri servisi olan ebeveynlerin puanlarından yüksek olmasından kaynaklandı.

Çocuğunun hastanede yatış öyküsü olan ebeveynlerin kaliteli bakım verme alt boyut puanları (20,725±3,438), çocuğunun hastanede yatış öyküsü olmayan ebeveynlerin kaliteli bakım verme alt boyut puanlarından (18,600±3,824) yüksek bulundu (t=3,642; p=0<0.05).

*Araştırmaya katılan ebeveynlerin **Hemşire Ebeveyn Destek Toplam** puanları ile cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum, çocuk sayısı, çocuğun yaşı, çocuğunun hastanede kalış süresi, çocuğunun yattığı ünite ve yatış öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi (p<0.05).*

Kadın ebeveynlerin hemşire ebeveyn destek toplam puanları (86,936±14,160), erkek ebeveynlerin hemşire ebeveyn destek toplam puanlarından (76,613±16,645) yüksek bulundu (t=3,502; p=0.001<0.05).

Örneklem grubuna dahil edilen ebeveynlerin hemşire ebeveyn destek toplam puanları eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdi (F=8,189; p=0). Farkın nedeni eğitim düzeyi ilkokul olan ebeveynlerin hemşire ebeveyn destek toplam puanlarının (94,829±12,942) eğitim düzeyi ortaokul, lise ve üniversite olan ebeveynlerden puanlarından yüksek olması idi.

Çalışmayan ebeveynlerin hemşire ebeveyn destek toplam puanları (88,510±14,069) çalışan ebeveynlerin puanlarından (77,451±14,862), yüksek bulundu ($t=-4,513$; $p=0<0.05$).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin hemşire ebeveyn destek toplam puanları ekonomik durumu değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=4,279$; $p=0.016$). Farkın nedeni ekonomik durumu orta ve altı olan ebeveynlerin hemşire ebeveyn destek toplam puanlarının (87,358±15,475) ekonomik durumu çok iyi ve iyi olanların puanlarından yüksek olmasıydı.

Örneklem grubunun hemşire ebeveyn destek toplam puanları çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=3,213$; $p=0.025$). Çocuk sayısı 4 ve üstünde olan ebeveynlerin hemşire ebeveyn destek toplam puanlarının (94,188±12,629) çocuk sayısı 1 ve 2 olan ebeveynlerin puanlarından yüksek olmasından kaynaklandı.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin hemşire ebeveyn destek toplam puanları çocuğunun yaşı değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=3,810$; $p=0.006$). Farkın nedeni çocuğunun yaşı altı-oniki olan ebeveynlerin hemşire ebeveyn destek toplam puanlarının (90,158±13,534) çocuğunun yaşı sıfır-bir, bir-üç, üç-altı olan ebeveynlerin hemşire ebeveyn destek toplam puanlarından; çocuğunun yaşı oniki-onsekiz olan ebeveynlerin hemşire ebeveyn destek toplam puanlarının (90,462±15,166) çocuğunun yaşı sıfır-bir, bir-üç ve üç-altı olan ebeveynlerin puanlarından yüksek olması idi.

Araştırmaya grubundaki ebeveynlerin hemşire ebeveyn destek toplam puanları çocuğunun hastanede kalış süresi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=13,004$; $p=0$). Farkın nedeni çocuğunun hastanede kalış süresi onaltı-otuz gün olan ebeveynlerin hemşire ebeveyn destek toplam puanlarının (87,464±12,839) çocuğunun hastanede kalış süresi üç-yedi gün ve sekiz-onbeş gün olanların hemşire ebeveyn destek toplam puanlarından; Çocuğunun hastanede kalış süresi otuz gün üzeri olan ebeveynlerin hemşire ebeveyn destek toplam puanlarının (93,250±12,308) çocuğun hastanede kalış süresi üç-yedi gün ve sekiz-onbeş gün olan ebeveynlerin puanlarından yüksek olması idi.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin hemşire ebeveyn destek toplam puanları çocuğunun yattığı ünite değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdi ($F=26,921$; $p=0<0.05$). Farkın nedeni çocuğunun yattığı ünite Pediatri KİT olan ebeveynlerin hemşire ebeveyn destek toplam puanlarının ($91,844\pm11,431$) çocuğunun yattığı ünite pediatri servisi, PICU ve NICU olan ebeveynlerin hemşire ebeveyn destek toplam puanlarından; çocuğunun yattığı ünite PICU ve NICU olan ebeveynlerin hemşire ebeveyn destek toplam puanlarının ($84,923\pm15,783$) çocuğunun yattığı ünite pediatri servisi olan ebeveynlerin puanlarından yüksek olmasıydı.

Çocuğunun hastanede yatış öyküsü olan ebeveynlerin hemşire ebeveyn destek toplam puanları ($88,538\pm13,990$), çocuğunun hastanede yatış öyküsü olmayan ebeveynlerin hemşire ebeveyn destek toplam puanlarından ($80,960\pm15,567$) yüksek bulundu ($t=3,191$; $p=0.002<0.05$).

7.TARTIŞMA

Aile merkezli bakım; ebeveyn, çocuk, sağlık profesyonelleri ve diğer sektörler ile iş birliği içinde çocuk sağlığının korunması, iyileştirilmesi, hastalık durumunda bakımının planlanması, bakımının uygulanması ve değerlendirilmesini kapsayan ayrıca çocuğun gelişiminde anne-baba rolünü kabul edip saygı duyan, ebeveyn güçlerini ve seçimlerini destekleyen, çocuğun hastalığında ve iyileşme sürecinde normal yaşam örüntülerini geliştiren multidisipliner bir bakım sürecidir (49, 52-59).

Aile merkezli bakımda hemşirenin odak noktası yalnızca çocuk ve çocuğun ihtiyaçları değil; çocuk ve çocuğun bakımından sorumlu aile bireyleridir. Hem çocuğun hem de ebeveynlerin fiziksel, psikolojik ihtiyaçlarını belirleyip destek sağlamak verilen bakımı kaliteli kılacak, ebeveyn bakımın bir parçası olduğunu hissedecektir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin “aile merkezli bakım önemlilik” ortalaması $32,684 \pm 2,940$, “aile merkezli bakım tutarlılık” ortalaması $30,626 \pm 4,768$, “eşleşme yüzdesi” ortalaması $70,138 \pm 38,949$, olarak belirlenmiştir. Aile merkezli bakımın bölümlerine ilişkin ortalama değerlerin yüksek olduğu ve ebeveynlerin sağlık kurumunda verilen aile merkezli bakım uygulamalarından memnun olduklarını göstermektedir. Ebeveyn memnuniyetinde etkili olan en önemli faktörlerden birisi de ebeveynin hastane ortamındaki gereksinimleridir. Ebeveynlerin hastane ortamındaki hem kendisinin hem de çocuğunun beklentilerinin karşılanıp karşılanmaması memnuniyetlerini etkilemektedir (60-62). Çocuğunun hastaneye yatması ebeveyn ve çocuğu için stresli bir durumdur. Bu durum ailenin günlük rutinlerini etkiler ve aile bireylerinin rol ve sorumluluklarında değişikliklere neden olabilmektedir. Bununla birlikte aile ortamında yaşanan değişikliklerin dışında hastane ortamını tanımamaları, daha önce karşılaşmadıkları tıbbi araçlarla karşılaşmaları, çocuğunun bakımındaki görevlerinin değişmesi ebeveynin endişe ve korku yaşamasına ve bakımda geri kalmasına sebep olabilmektedir. Çocuk ile ebeveynin yaşadığı korku ve endişeyi azaltmak, iyileşme dönemini hızlandırmak için aile merkezli bakım yaklaşımı önemli bir bakım sürecidir (23).

Örneklem grubunda yer alan ebeveynlerin “AMBÖ” önemlilik bölümü puanları ile tutarlılık bölümü puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Bu sonuç, aile merkezli bakımda tutarlılık ve önemlilik bölümlerinin birbirini etkileyen iki önemli unsur olduğunu göstermektedir. Özcan (2017), tarafından yapılan çalışmada da önemlilik ve tutarlılık puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve yaptığımız çalışma ile paralellik göstermiştir (28). Altıparmak ve Arslan’ın (2015) çalışmalarında da çalışmamızla paralellik gösteren; önemlilik ve tutarlılık eşleşme oranlarının %93 ile %95 arasında olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda ailelerin hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin oldukça yüksek olduğu, hemşirelik uygulamalarında aile merkezli bakım felsefesinin önemli olduğu gösterilmektedir (54).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin Hemşire Ebeveyn Destek Ölçeği “bilgi verme ve iletişim desteği” alt boyut puan ortalaması $36,781\pm6,662$, “duygusal destek” alt boyut ortalaması $11,845\pm2,817$, “saygı desteği” alt boyutu ortalaması $16,548\pm3,234$, “kaliteli bakım verme” alt boyut puan ortalaması $19,697\pm3,772$, “hemşire ebeveyn destek toplam” alt boyutu ortalaması $84,871\pm15,208$ olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlarda Hemşire Ebeveyn Destek Ölçeği tüm alt boyutlarında ortalamaların yüksek olduğu ve ebeveynlerin hemşireler tarafından beklenenin üzerinde destek gördükleri görülmektedir. Çocukları hastanede yatan ebeveynlerin, hastane ortamında ihtiyaçlarının karşılanması psikolojik açıdan ebeveynlere destek sağlar. Hastanede kalış süresince ihtiyaçlarının karşılanması boyutunda sorun yaşamayan ebeveynlerin, böylece çocuklarına daha fazla destek olacağı ve çocuğunun yanında olmaya bağlı iyileşme sürecinin olumlu yönde etkileneceği düşünülmektedir (35).

Örneklem grubunda yer alan ebeveynlerin aile merkezli bakım önemlilik, aile merkezli bakım tutarlılık, eşleşme yüzdesi, bilgi verme ve iletişim desteği, duygusal destek, saygı desteği, kaliteli bakım verme, hemşire ebeveyn destek toplam puanları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde;

Aile merkezli bakım tutarlılık puanları ile aile merkezli bakım önemlilik puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel farklılık ($p<0.05$) bulunmuştur. Dunst ve arkadaşlarının çalışmasında, aile merkezli bakımın ebeveynlerin öz bakım

memnuniyetini yükselten, aile çocuk bağlılığını ve davranışlarını olumlu yönde etkileyen bir bakım modeli olduğu belirtilmiştir (55).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Ölçeği Eşleşme Yüzdesi Bölümü ile Aile Merkezli Bakım Tutarlılık arasında pozitif yönlü istatistiksel anlamlı farklılık ($p<0.05$) bulunmuştur. Garlı'nın (2018) yapmış olduğu çalışma da bizim çalışmamıza paralellik göstermiş olup, eşleşme yüzdesi ile tutarlılık puanı arasında anlamlı farklı bulunmuştur (56).

HEDÖ Bilgi Verme ve İletişim Desteği Alt Boyutu ile Aile Merkezli Bakım Önemlilik, Aile Merkezli Bakım Tutarlılık ve Eşleşme Yüzdesi bölümleri arasında istatistiksel anlamlı farklılık ($p<0.05$) tespit edilmiştir. Hemşire ebeveyn ile sağlıklı bir iletişim kurup çocuğu ile ilgili bilgileri doğru, objektif bir şekilde aile ile paylaştığı zaman ebeveynin beklediği bakım ile hemşirenin aile ve çocuğa verdiği bakım kalitesi artar. Bunun sonucunda da ebeveyn aile merkezli bakıma dahil edilir ve amaca ulaşılmış olur. Erdeve'nin (2008) yapmış olduğu çalışma aile merkezli bakımın ailenin bakım verme becerilerini ve memnuniyetini yükselten, Schepp'in yapmış olduğu çalışmada da öz yeterlilik duygusunu arttıran, ailelerin çocuklarının sağlık durumuna ilişkin yeterli bilgiye sahip olarak stresini azaltan, çocukların iyileşme sürecini arttıran bir bakım modeli olduğu belirtilmektedir (57, 58). Manbeck çalışmasında; ebeveyn ve çocuğun gereksinimleri desteklendiğinde memnuniyetlerinin de etkilendiği belirlenmiştir. Aileye verilen desteğin, kurulan sağlıklı iletişimin, zamanında ve objektif bilgi vermenin ve içinde buldukları hastane ortamının uygunluğunun onların gereksinimlerini karşılayıp karşılamadığı değerlendirildiğinde umut verme, zamanında bilgi, iyi iletişimin en önemli ebeveyn ve çocuk ihtiyacı olduğu görülmüştür (59).

Hemşire Ebeveyn Destek Ölçeği Duygusal Destek alt boyutu ile Aile Merkezli Bakım Önemlilik, Aile Merkezli Bakım Tutarlılık, Eşleşme Yüzdesi, Bilgi ve İletişim Desteği arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Ebeveyn çocuğu ile ilgili endişeli durumlar yaşayabilir. Hemşirenin doğru iletişim ile ebeveyne sağlayacağı duygusal destek sonucunda, ebeveynin gözünde aile merkezli bakımın önemi artar ve hemşirenin verdiği bakımın kalitesini anlar. Oktay, yapmış olduğu çalışmasında

ebeveynlerin çocuğunun hastanede yatma sürecinde çocuğun genel durumu, tanı ve tedavisi hakkında bilgilendirilmek istediklerini ve bilgilendirilmenin ebeveyn ve çocuklarının anksiyetesini azalttığını belirlemiştir (60). Schaffer ve ark. ebeveynlerin hemşirelerden beklentileri ve ebeveyn doyumunu belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada; ebeveynlerin hastaneye geldiklerinde çocuklarının tedavi sürecinde, sorulan sorulara dürüst cevap verilmesinin, sağlık ekibi ve ebeveynler arasındaki iletişimi güçlendirdiğini tespit etmişlerdir (61).

Saygı desteği çocuğunun bakımında ebeveyn rolünü desteklemek, artırıp güçlendirmek olarak tanımlanmıştır (54). Ebeveynler çocuklarının hastalığı, tedavi yöntem ve süreçleri, hastane rutinleri ve mevcut kuralları hakkında bilgi edinmeleri için hemşirelerin desteğine gereksinim duyarlar (53, 54). Çalışmamızda da bu bilgilere paralel olarak Hemşire Ebeveyn Destek Ölçeği Saygı Desteği alt boyutu ile Aile Merkezli Bakım Önemlilik, Aile Merkezli Bakım Tutarlılık, Eşleşme Yüzdesi Bilgi Verme ve İletişim Desteği ile Duygusal Destek arasında anlamlı ($p<0.05$) ilişki tespit edilmiştir. Schepp hastanede çocuğunun yanında kalan annelerle yaptığı çalışmada annelere çocuğun bakımı ve tedavisi hakkında bilgi vermenin, çocuğunun tedavi sürecinde karar vermesinin ve çocuklarının bakımına katılmalarının annelerin anksiyetelerini azalttığını belirlemiştir (62).

Bakım insanların hayatta kalabilmeleri ve en az asgari düzeyde işlev görebilmeleri için mümkün olduğunca acıdan uzak yaşayabilmelerine yardımcı olmak, yeteneklerini geliştirip sürdürebilmelerini sağlamak, temel ihtiyaçlarını karşılayabilmelerine destek olmak üzere özenle yaptığımız şeylerin tümü olarak tanımlanmıştır (63). Hemşire Ebeveyn Destek Ölçeği Kaliteli Bakım Verme alt boyutu ile Aile Merkezli Bakım Önemlilik, Aile Merkezli Bakım Tutarlılık, Eşleşme Yüzdesi, Bigi Verme ve İletişim Desteği, Duygusal Destek, Saygı Desteği arasında pozitif yönlü istatistiksel anlamlı ilişki ($p<0.05$) saptanmıştır. Miles, Carlson ve Brunssen, hastanede yatan çocuğun ebeveyni için destekleyici hemşireliğin; destekleyici olan bir ilişki ve süreklilik sağlayan bilgi sunulması, olumlu, teşvik edici yorum ve değerlendirme yapılarak ebeveyn rolünün sürdürülmesi, duygusal destek verilip ve çocuğa kaliteli hemşirelik bakımı sağlanması biçiminde önemini vurgulamışlardır (52).

Destek sistemi insanın sosyolojik, psikolojik sorunlarının çözümünde, önlenmesi ve tedavisinde, karşılaşılabileceği zor durumlar ile başa çıkabilmesinde önemli bir güçtür (64). Ebeveynlerin bakıma katılımının desteklenmesi; sağlık profesyonelleri ile daha olumlu ilişki kurmasını, anksiyete düzeyinin azalmasını, hastane programı ile politikalarının gelişiminin desteklenmesini, ebeveyn memnuniyetinin artmasını, ebeveynlerin problem çözme becerisinin güçlenmesini ve çocuğunun bakımında yeterlilik ve güven duygusu yaşamalarını sağlamaktadır. Ebeveynlerin bu süreçte yer almasında hastane politikaları kadar sağlık profesyonellerinin bu konudaki tutum ve düşünceleri de oldukça önemlidir (42, 65–67)

Hemşire Ebeveyn Destek Ölçeği toplam puan ortalamaları ile aile merkezli bakım önemlilik, aile merkezli bakım tutarlılık, eşleşme yüzdesi, bilgi verme ve iletişim desteği, duygusal destek, saygı desteği, kaliteli bakım verme arasında pozitif yönlü istatistiksel anlamlı ilişki ($p<0.05$) tespit edilmiştir. Aile merkezli bakım sadece hasta çocuğu değil çocuk ve aileyi ele alan multidisipliner bir bakım sürecidir. Aile merkezli bakımda hemşire ve ebeveyn arasında yeterli ve sağlıklı bir ilişki kurulursa bakım kalitesi ve ebeveynin hemşireden gördüğü desteğin de pozitif yönde artacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda ebeveynlerin “AMBÖ” önemlilik bölümünde almış oldukları puan ortalamaları ile sosyodemografik özellik arasında istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır. Özcan tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde çocukların cinsiyeti, yaş grupları, ekonomik durumları gibi demografik özelliklerin aile merkezli bakım uygulamaları üzerine etkili birer faktör olmadığı belirtilmiştir (68).

Çalışmamızda “AMBÖ Tutarlılık Bölümü” ile ebeveynlerin cinsiyet, eğitim düzeyleri, çalışma durumları, çocuklarının yaşı, çocuklarının hastanede kalış süresi, çocuklarının hastanede yattığı ünite ve çocuklarının hastane yatış öyküsü arasında istatistiksel anlamlı ilişki ($p<0.05$) saptanmıştır.

Örneklem grubunda yer alan kadın ebeveynlerin aile merkezli bakım tutarlılık puanları, erkeklerin aile merkezli bakım tutarlılık puanlarından yüksek bulunmuştur ($t=3,090$; $p<0.05$). Sebebinin de ülkemizde çocuk bakımına annenin daha aktif katılıyor olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Özkan ve arkadaşlarının

yaptığı çalışmada da hemşirelere göre ebeveynin bakıma katılımını etkileyen özellikler incelenmiş olup, ebeveyn cinsiyetinin ebeveynin bakıma katılımını büyük ölçüde belirleyen özelliklerden biri olduğu saptanmıştır (69).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin eğitim düzeyi ile aile merkezli bakım tutarlılık puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamızda eğitim düzeyi ilkököl olan ebeveynlerin aile merkezli bakım tutarlılık puanları daha yüksek bulunmuştur. Sebebinin eğitim düzeyi düşük olan annelerin çalışmayıp, çocuğun bakımından sorumlu olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda ebeveynlerin eğitim düzeyleri ile hemşire ve sağlık personelinin verdiği bakımdan memnuniyet durumuna ilişkin farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Bağ'ın ve Ulus'un ayrı ayrı yaptığı çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça ebeveynlerin verilen bakımdan memnuniyetleri düşerken (70–73), Şahin ve Çoban'ın da ayrı ayrı yaptığı çalışmalarında aile merkezli bakım tutarlılık puanı ile ebeveyn eğitim düzeyi arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (74, 75). Çalışmamızın aksine Çavuşoğlu tarafından yapılan çalışmada örgün eğitimden geçmeyen ebeveynlerin diğer gruptaki ebeveynlere göre daha düşük oranda hemşirelere soru sorabildiği saptanmıştır (23). Ebeveynin eğitim düzeyi sağlık profesyoneli ile iletişimi ve çocuğunun bakımına katılımını etkileyebilmektedir. Yapılan bu çalışmada ebeveynlerin çocuğunun bakım ve tedavisi hakkında hemşirelere %80 oranında soru sorabildiği; okuryazar olmayan annelerin, diğer eğitim düzeyinde ki annelere göre hemşirelere daha az soru sorduğu ve ebeveynlerin eğitim düzeyine göre oluşan farklılığın anlamlı olduğu belirlenmiştir (23).

Araştırma grubundaki çalışan ebeveynlerin aile merkezli bakım tutarlılık puanları, çalışmayanların aile merkezli bakım tutarlılık puanlarından düşük belirlenmiştir ($p<0.05$). Sebebinin ise çalışmadıkları için çocuk ve çocuk bakımına daha çok vakit ayırabilmelerinin olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızın aksine Özcan'ın yaptığı çalışmada ebeveynlerin çalışıp çalışmamasının ebeveynlerin aile merkezli bakım puanlarında bir fark yaratmadığı bulunmuştur (68).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarının yaşı ile ebeveynlerin aile merkezli bakım tutarlılık puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışmamızda çocuğun yaşı arttıkça ebeveynlerin aile merkezli bakım tutarlılık

puanları daha yüksek bulunmuştur. Sebebinin küçük yaş grubundaki çocukların fiziksel ve bilişsel gelişimleri açısından sağlık profesyonellerinin aileyi bakıma dahil etmesinden çekinmeleri olabileceği gibi, yaşı büyük olan çocukların da bakıma dahil edilmesinde aileye destek verebileceği düşünülmektedir. Araştırmamıza paralellik gösteren Bağ ve Uysal'ın ayrı ayrı yaptıkları çalışmaları incelendiğinde çocuğun yaşı arttıkça ebeveynlerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin de arttığı belirlenmiştir (60, 61). Balling, tarafından yapılan başka bir çalışmada ise yaş grubu ile ebeveynin bakıma katılmasının desteklenmesi arasında ters bir ilişki bulunmuş, çocuğun yaşı arttıkça hemşirenin aile merkezli bakım uygulamalarının azaldığı sonucuna ulaşılmış (76). Kristensson tarafından yapılan benzer bir araştırmada da çalışmamızın aksine küçük yaş grubundaki çocukların öz bakım gereksinimleri fazla olduğu için ailelerin aile merkezli bakımı önemsedikleri ve bakıma dahil olma istekleri daha yüksek bulunmuş olup, çocuğunun yaşı büyüdükçe ebeveynlere bağımlılığının azalması sebebiyle aile merkezli bakım gereksinim puanlarının düştüğü gözlenmiştir (3, 77).

Örnekleme grubundaki ebeveynlerin aile merkezli bakım tutarlılık puanları ile çocuğun hastanede kalış süresi arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamızda hastanede kalış süresi arttıkça aile merkezli bakım tutarlılık puanı yüksek saptanmıştır. Ebeveynlerde bakıma katılımın çocuklarının hastanede kalış süresi arttıkça duyum ve katılım isteğinin arttığı görülmüştür. Bunun sebebinin hastalığın seyrinin uzun olmasından ebeveynin ve çocuğunun hastane ortamına ve sağlık personeline oryantasyonun arttıkça, çocuğun bakımına uyumunun artması ve bakımı özümsemesine bağlı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin aile merkezli bakım tutarlılık puanları ile çocuğunun yattığı ünite değişkeni arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışmamızda pediatri KİT ünitesinde çocuğu yatış yapan ebeveynlerin aile merkezli bakım tutarlılık puanları yüksek bulunmuştur. Sebebinin pediatri KİT ünitesinde yatış yapan çocukların tedavi süreçlerinin daha uzun olmasından dolayı aile merkezli bakıma ailenin katılımı hastane ortamına alıştıkları için daha kolay olması olarak düşünülmektedir. Çalışmamızla konu ile ilgili paralellik göstermeyen Garlı'nın çalışmasında yenidoğan yoğunbakım ünitelerinde aile merkezli bakım tutarlılık puanı daha yüksek bulunmuştur (56).

Çocuğunun daha önceden hastanede yatış öyküsü olan ebeveynlerin aile merkezli bakım tutarlılık puanları, yatış öyküsü olmayanların aile merkezli bakım tutarlılık puanlarından yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamıza paralellik gösteren Erdeve ve ark. tarafından yapılan başka bir çalışmada ise yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi alan hastaların bakımını yapan ebeveynlerin bakıma dahil olmayan ebeveynlere göre çocuklarının tekrar hastaneye yatma oranlarının 2 kat daha az olduğu belirlenmiştir (58).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin **AMBÖ Eşleşme Yüzdesi** Bölümü puan ortalamaları ile eğitim düzeyi, çalışma durumu, çocuğunun hastanede kalış süresi ve çocuğunun yattığı ünite arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Çalışmamızda ilkokul mezunu olan ebeveynlerin Eşleşme Yüzdesi Bölümü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuca göre hemşireler tarafından aile merkezli bakıma dahil edilen eğitim düzeyi daha düşük olan ebeveynlerin verilen bakımdan daha memnun olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızın aksine Arıkan ve arkadaşlarının çalışmasında ebeveynlerin eğitim durumları yükseldikçe ebeveyn katılımı, iletişim ile teknik becerilerinin ve memnuniyet düzeyinin arttığı belirlenmiştir (78).

Yaptığımız çalışmada herhangi bir işte çalışmayan ebeveynlerin eşleşme yüzdesi puanları çalışan ebeveynlerin eşleşme yüzdesi puanlarından yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırmamızın aksine Garlı'nın yapmış olduğu çalışmada AMBÖ eşleşme yüzdesi alt boyutu ile ebeveynlerin çalışıp çalışmama durumları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (56).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin eşleşme yüzdesi puanları çocuğun kalış süresi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Çalışmamızda çocuğunun hastanede kalış süresi otuz gün ve üzeri olan ebeveynlerin eşleşme yüzdesi puanları daha yüksek bulunmuştur. Yatış süresi uzadıkça ebeveyn ve çocuk hastane ortamına ve bakım veren hemşireye alışır. Bunun sonucunda da ebeveynin bakıma dahil edilmesi, yeterli bakımın daha kolay sağlanması sonucunda da ebeveynin bakımdan memnuniyetinin artacağı düşünülmüştür. Çalışmamızın aksine sağlık bakımına

yönelik memnuniyet düzeylerinin belirlendiği Arıkan ile Ulus'un yaptığı benzer iki farklı çalışmada, hastanede kalış süresi arttıkça bakımdan memnuniyet düzeyinin düştüğü saptanmıştır (73, 78). Bu durumun ebeveyn ve çocuğunun hastane ortamını tanımaması, bilmedikleri tıbbi araçlarla karşılaşmaları, çocuğunun bakımındaki rollerinin değişmesiyle ebeveynlerin yaşadığı anksiyeteden kaynaklandığı belirtilmiştir (56).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin eşleşme yüzdesi puanları çocuğun yattığı ünite değişkenine göre anlamlı farklılık ($p<0.05$) göstermiştir. Çalışmamızda çocuğu pediatri KİT ünitesinde yatış yapan ebeveynlerin eşleşme yüzdesi bölümü puanı diğer kliniklerde yatış yapan çocukların ebeveynlerinin eşleşme yüzdesi alt boyut puanlarından yüksek bulunmuştur. Sebebinin de pediatri KİT ünitesinde yatış yapan çocukların hastanede kalış süresinin daha uzun olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmüştür. Hastanede uzun süre kalan ebeveyn hastane ortamına uyum açısından daha sağlıklı bir süreç geçirdiğinden aile merkezli bakıma yönelik uygulamalarda hemşire ile iletişime de adaptasyon sağlamış olur ve bunun sonucunda da hemşirenin çocuğuna ayırdığı zamandan, ebeveynin kendisinin de dahil olduğu aile merkezli bakımdan memnuniyetinin artacağı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin **HEDÖ Bilgi Verme ve İletişim Desteği** Alt Boyut Puanları ile cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, çocuğun yaşı, çocuğunun hastanede kalış süresi, çocuğunun yattığı ünite ve yatış öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Örneklem grubunda bulunan kadın ebeveynlerin bilgi verme ve iletişim desteği puanları, erkek ebeveynlerin bilgi verme ve iletişim desteği puanlarından yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Sebebinin de araştırmaya katılan kadın ebeveynlerin sayısının daha fazla olması ve Türk toplumunda annelerin çocuk bakımına daha çok dahil olduğu ve sağlık profesyonelleri ile iletişimde daha aktif olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Hasta çocuğa sahip ailede bakımdan sorumlu kişi genellikle annelerdir, babalar ise daha çok yardımcı rolde görev almaktadır (36).

Araştırmaya dahil edilen ebeveynlerin HEDÖ Bilgi Verme ve İletişim Desteği Alt Boyutu puanları eğitim düzeyi düşük olan ebeveynlerde daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya paralellik gösteren Grater'in yapmış olduğu çalışmada da eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık profesyonelleri ile daha az iletişim kurulduğu, çocuğunun hastalığı ve seyri gibi konularda kendileri bilgi taraması yaptıkları için stres düzeylerinin daha fazla olacağı tespit edilmiştir (79). Kain ve Wang'ın ebeveynlerin çocukları hakkında bilgi istemeleri ile ilgili yaptıkları araştırmada ise, ebeveynin eğitim düzeyi arttıkça, çocukları hakkında bilgi almayı isteme ve soru sorma durumlarının arttığını belirlemişlerdir (80). Aşılıoğlu ve arkadaşları (2009) ise çalışmalarında ebeveynlerin eğitim düzeyleri arttıkça memnuniyetlerinin azaldığını vurgulamışlardır (72).

Çalışan ebeveynlerin HEDÖ Bilgi Verme ve İletişim Desteği alt boyut puanları, çalışmayanların bilgi verme ve iletişim desteği puanlarından düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışan ebeveynlerin eğitim düzeyinin daha yüksek olasılıkla daha sosyal bir yaşantı içinde ve dış uyaranlara daha açık olmaları sebebi ile sorun odaklı başa çıkma tutumunu daha fazla kullanması beklenir. Altınay'ın yaptığı bir çalışmada, aşırı anneliğin, aşırı kontrol, müdahalecilik, çocuktan bağımlı, aktif ve çalışkan olmasını isteme, annenin son derece fedakâr olması ve çocuğunun da bunu anlamasına inanma gibi konuları kapsadığı belirtilmektedir. Herhangi bir işte çalışmaya ayrı bir enerji ve zaman harcamayan ev hanımlarının, çocuklarına daha fazla vakit ayırmaları ve daha bağımlı ilişkiler kurması sonucunda da bilgi isteme oranlarının yüksek olduğu ifade edilmiştir (81).

Hemşire hastanede tedavi gören çocuğun korku ve anksiyetesini azaltmalı, alışmış olduğu rutinlerini olabildiğince sürdürmeli, ebeveynlerin bakıma katılımını sağlamalı, her yaş grubu çocuğun gereksinimlerinin farklı olduğunun bilincinde olup, hastanede yatmanın çocuk için olumlu bir yaşantı olmasını sağlamalıdır (13). Araştırmaya dahil edilen ebeveynlerin HEDÖ bilgi verme ve iletişim desteği puanları çocuğun yaşı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Çocuğu altı-onki yaş aralığında olan ebeveynlerin HEDÖ bilgi verme ve iletişim destek alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu yaş dönemindeki çocuk hastalık kavramını anlayıp anlatır, teşhis ve tedaviye etkili katılım gösterir ve hastalığının şikâyetlerini somutlaştırarak ifade edebilir (82). Okul çağındaki çocuğun hastalık kavramına ilişkin bilgileri artmıştır. Teşhis ve tedavisinde yapılacak tıbbi girişimler hakkında bilgi edinmek ister. Hastalığının ve yapılan tıbbi her türlü girişimlerin vücudunda kalıcı

zarar vereceğini düşünür (82, 83). Araştırmamızı destekler nitelikte olan Garlı'nın yapmış olduğu çalışmada bu yaş grubu çocuğa sahip olan ebeveynlerin puanları daha yüksek tespit edilmiştir (56).

Araştırmaya katılan ve çocuğunun hastanede kalış süresi otuz gün ve üzeri olan ebeveynlerin bilgi alma ve iletişim kurma puanı yüksek olarak belirlenmiştir. Sebebi ise; ebeveynin hastane ortamına ve bakım veren hemşire ile iletişimine alışmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Küçükocabaş ve Dönmez'in çalışmamıza paralellik gösteren araştırmasında hastanede yatış zamanı uzadıkça çocuk ile ebeveynin primer hemşiresi ile iletişiminin artması ile bilgi alma desteği artacağı ayrıca ebeveynin hemşirelerin iş yüklerinin fazla olduğunu görerek beklentisinin azalacağı düşüncesiyle memnuniyet düzeyinin yükseldiği belirtilmiştir (84).

Araştırmamızda HEDÖ bilgi verme ve iletişim destek puanı pediatri KİT ünitesinde yatmakta olan ebeveynlerde daha yüksek bulunmuştur. Sebebinin KİT ünitesinde yatışı yapılan çocukların hastanede kalış süresinin de daha fazla olduğu ve bakım ile tedavi süreçlerinin diğer servislere göre daha kapsamlı olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Noyes'in yaptığı çalışmada çocuklarının hastaneye yatış şekli ve hemşirelere soru sorabilme durumu incelendiğinde hastaneye planlı yatış yapan çocukların ebeveynlerinin hemşirelere daha fazla soru sordukları tespit edilmiştir. Bu durumun sebebini ebeveynlerin çocukları hastaneye planlı yatış yaptığında acil yatışlara göre daha az anksiyete yaşamaları ile açıklamışlardır. Bir çocuk ani ve plansız bir şekilde hastaneye yatırıldığında özellikle de yoğun bakım ünitesi gibi komplikasyon süreci fazla olan yatış durumlarında; ebeveynlerin stres, anksiyete ve rol karmaşası yaşadıkları belirlenmiştir (85). Bu nedenle plansız yatışı olan ebeveynlerin daha fazla desteklenmesi gerekebilir. Eğer ebeveynin soruları ve endişeleri varsa çocuk ve ebeveyn ile en çok iletişim halinde olan hemşirenin ebeveynlere hemşire vardiya teslimlerinde daha fazla zaman ayırması, onların endişe ve anksiyetelerini azaltmaya yardımcı olduğu düşünülmektedir (86).

Çocuğunun hastanede yatış öyküsü olan ebeveynlerin bilgi verme ve iletişim desteği puanları, yatış öyküsü olmayanların bilgi verme ve iletişim desteği puanlarından yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Sebebinin ebeveyn ve çocuklarının hastane ortamına ve hastane sürecine alışmalarına bağlı iletişim sorunlarını daha az yaşadıkları ve

hemşireleri ile daha sağlıklı iletişim kurabildikleri için bilgi verme ve iletişim destek puanlarının daha yüksek olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin **HEDÖ Duygusal Destek Alt Boyut** puanları ile cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, çocuğun yaşı, çocuğunun hastanede kalış süresi, çocuğunun yattığı ünite ve yatış öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0.05$) tespit edilmiştir.

Duygusal destek tanımlanırken, bireyin yaşamını kolaylaştırma amacıyla öğütler verme, önerilerde bulunma, kişisel geribildirim verme ve bilgilendirme amacıyla güncel sorunlara yönelik düşünce ya da olguların iletilmesi şeklinde verdiği destek için bilgi sağlayıcı destek veya bilişsel rehberlik gibi terimleri kullanılmaktadır. Ebeveylere hemşire tarafından verilen duygusal destek, katlanması zor durumlarda onları cesaretlendirerek direnme gücü sağlar ve aynı zamanda başa çıkma sürecinde yalnız olmadığı duygusunu verir (87).

Araştırmamızda HEDÖ Duygusal Destek Alt Boyut Puanı kadın ebeveynlerde daha yüksek bulunmuştur. Annelerin babalara oranla fazla stres yaşadıkları, bunun anne rolünün sorumluluğundan ve iş rolü sorumlulukları çatışmasından kaynaklanabileceği savunulmuştur (26). Ebeveyn olarak anne, annenin çocuğu ile özdeşleştiği ve çocuğunu yalnızca bir birey olarak değil, kendisine ait bir uzantısı olarak algıladığı ve annenin ve çocuğun duyguları arasında oldukça saydam bir sınır olduğu, çocuğunun deneyimlerinin anne tarafından kendisininmiş gibi algılandığı vurgulanmıştır. Riddle ve ark., çocuğuna invaziv müdahaleyi gerektiren tıbbi işlemlerin anneye stres yaşattığını belirtmiş, sebebinin de genelde annelerin çocuğunun bakımında daha aktif rol aldığı, duygusal olarak zorluk yaşamaları, çocuğunun bakımını da olumsuz etkileyecek olması olarak düşünülmüştür (88).

Araştırmaya katılan ilkokul mezun olan ebeveynlerin duygusal destek alt puanları diğer gruplarda daha yüksektir ($p<0.05$). Elisson, tarafından yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi düşük olan ebeveynlerin kendi korkusunu hasta çocuğuna yansıttığı, girişimsel uygulamalarda ise ebeveynlerin hastanın neye ihtiyacı olduğunu anlayamadığı bildirilmiştir (89). Bununla beraber Coyne tarafından yapılan çalışmada

da hemşirelerin “problemlili ebeveyni” tanımlarken “eğitimsiz veya eğitim düzeyi yüksek ebeveynler” olarak belirttikleri ifade edilmiştir (90).

Örneklem grubunda yer alan çalışmayan ebeveynlerin duygusal destek puanları çalışanların duygusal destek puanlarından yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Kadınların çalışma yaşamına katılmasının en olumlu etkisi ekonomik bağımsızlığını kazanmasıdır. Ekonomik güce kavuşan kadının özgüveni artmakta, hayatı üzerinde daha fazla kontrol duygusuna sahip olmaktadır. Ayrıca, çalışma yaşamına atılan kadının, sosyal çevresi genişlemekte, stres ile daha kolay başetmekte, daha fazla sosyal ve duygusal desteğe sahip olmaktadır (91). Bu sebeple duygusal destek alt boyutunun çalışan ebeveynlerde daha düşük olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan çocuğu altı-oniki yaş aralığında olan ebeveynlerin duygusal destek puanı diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Okul döneminde (7-13 yaş) çocukta yaşadığı deneyimleri düzenleme, kendini ifade etme, ihtiyaçlarını sıralama ve kurallar önem kazanır. Çocukta ölüm korkusu ile agresyon gibi kontrolü kaybetme süreçleri bu dönemde gelişir. Hastalık sürecini anlama algısı geliştiği için hastaneye yatmayı kabul edebilirler ve hemşirelerle daha yakın iletişim kurup, onları daha rahat anlayabileceklerinden bu yaş grubunda çocukları olan ebeveynlerin puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu düşünülmektedir (82).

Çalışmamızda duygusal destek alt boyut puanı aile merkezli bakım önemlilik ve tutarlılık alt boyut puanları ile pozitif ilişkili bulunmuştur. Aile bakımına dahil edilen ebeveynlerin hemşirelerden duygusal destek gördüğü belirlenmiştir. Avis ve Reardon’ın yaptıkları çalışmada ebeveynler, hemşirelerin kendilerine yeterli duygusal destek sağlamadığını ifade etmişlerdir (92). Bunun sebebinin yıllar geçtikçe aile merkezli bakım anlayışının yavaş yavaş kabul ediliyor olması olarak düşünülmüştür. Evans’ın ebeveynlerin çocuklarının bakımına katılması ile ilgili yaptığı bir çalışmada ebeveynler, çocuklarının bakımına katılmalarının anksiyetelerini azalttığını ve çocuğun bakımında kontrol duygusunu kazanmalarını sağladığını belirtmişlerdir (93). Stratton’un yapmış olduğu çalışmada; ebeveynlerin, sağlık çalışanları ile olan ilişkisinin çocuklarının genel durumuyla baş etmelerini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (3).

Çalışmamızda hastanede otuz gün ve üzeri yatış yapmış çocukların ebeveynlerinin duygusal destek alt boyut puanları daha yüksek bulunmuştur. Sebebinin de ailenin yatış süresi uzadıkça hastane ortamına adapte olması olarak düşünülmektedir. Çalışmamıza paralellik gösteren Fenwick'in yapmış olduğu çalışmada da uzun süreli yatış yapılan yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde, annelik rolünü desteklemek amacıyla hemşirelerin uygulamaları ve sağladıkları destek konusundaki bir çalışmada; annelerle kurulan sosyal ilişki, iletişim ve karşılıklı geribildirim ile ilgili olarak, annelerin hemşirelerle olan ilişkilerini eşitlik, arkadaşlık ve bağlantı kurma sözcükleri ile ifade ettikleri bildirilmiş ve çalışma sonucunda, anne ve hemşire arasında kurulan sosyal ilişki ve iletişimin, annelerin kendilerini ifade etmelerinde, deneyimlerini ve duygularını paylaşmada ve bebeklerinin bakımında özgüvenlerini kazanmalarında etkili olduğu tespit edilmiştir (94).

Örneklem grubunda yer alan Pediatri KİT ünitesinde çocukları yatan ebeveynlerin duygusal destek alt grup puanları diğer gruplara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Kemik iliği nakli tedavisi uzunca bir dönemi kapsadığından, çoğu zaman çocuk ve ebeveynin fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden zarar görmemesi için desteklenmesi gerekir. Tedavinin etkinliğinin devam edebilmesi için çocuk ve ebeveyn ile olumlu bir iletişim içinde olunmalıdır. Çocuğunun bakım ve tedavi sürecine ebeveynin aktif bir şekilde katılımının sağlanması için hemşire tarafından desteklenmesi önemli bir süreci kapsar. Bu sebeple hemşirelik bakımının ebeveyn ve çocuğunu kapsayacak şekilde planlanıp, uygulanması tedavinin olumlu sonuçlanması için önemli bir süreçtir. Bu süreçte hemşire ebeveyne çocuğunun hastalığı ile baş etme konusunda destek vermelidir (37).

Çalışmamızda hastanede yatış öyküsü olan çocukların ebeveynlerinin HEDÖ Duygusal Destek Alt Boyut puanları daha önceden hastanede yatış öyküsü olmayanların duygusal destek puanlarından yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Ebeveyn ve çocuğun hemşireden beklentileri, hasta çocuğun ve ailesinin geçmiş deneyimlerine bağlı olarak da değişebilmektedir. Hastaneye yatış sayısı arttıkça çocuk ve ebeveynleri gördükleri bakımı, önceki deneyimlerine göre kıyaslayacaklar ve yeni öğrendikleri uygulamaları önceki deneyimlerine yansıtacaklardır. Koç ve ark.'nın ile Milutinovic ve ark.'larının çalışmalarında, daha önce hastaneye yatırılan çocuk ve ebeveynlerin

memnuniyet düzeyleri daha önce hastaneye yatmamış hastalara göre daha yüksek bulunurken, Arslan ve Kelleci'nin (2011) çalışmasında ise daha düşük olduğu bulunmuştur (95–97). Bu sonuca göre, hasta beklentilerinin geçmiş deneyimlere bağlı olarak değişebildiği, önceden olumlu ya da olumsuz yönde deneyimi olan hasta ve ebeveynlerin şu anki bakıma ve hemşireye karşı pozitif ya da negatif bir yaklaşım sergileyebileceği düşünülmektedir (98).

Hemşirenin önemli rollerinden biri de hastaya karşı özerklik ve saygı ilkesidir. Çocuk hastalarda ebeveyne bilgi vermek ve anne babayı da bakıma dahil etmek de saygı ilkesinin önemli noktasıdır. Araştırmaya katılan ebeveynlerin **HEDÖ Saygı Desteği Alt Boyutu Puanları** ile cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum, çocuğunun hastanede kalış süresi, çocuğunun yattığı ünite ve hastanede daha önceden yatış öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($P<0.05$) tespit edilmiştir.

Kadın ebeveynlerin Saygı Desteği alt boyutu puanları erkeklerin saygı desteği puanlarından yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Çocuğunun bakımında her zaman birincil görev üstlenen anne, iş gücüne katılmasıyla beraber aile içi rollerde değişim ve paylaşımı gündeme getirmiştir. Hemşire annenin bu yönünü dikkate alarak, çocuğunun bakımında diğer ebeveynleri de bakıma katılmaya teşvik etmelidir. Hemşire, ebeveynin destek kaynaklarını görmesini sağlayıp aynı zamanda kadının aile içi rol değişimine de destek vermiş olur (99).

Örneklem grubunda bulunan eğitim düzeyi ilkököl olan ebeveynlerin HEDÖ Saygı Desteği Alt Boyutu puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Kadın ebeveynlerin eğitim seviyesinin artması, çalışma yaşamına katılması gibi değişen nedenlere eşdeğer olarak aile içindeki konumu ve çocuğunu yetiştirmesindeki etkileri de değişim göstermiştir (99). Eğitim düzeyi arttıkça ebeveyn kendini daha iyi geliştirdiği ve toplumda daha çok söz sahibi olduğundan sağlık çalışanından saygı desteği beklentisi düşmektedir.

Çalışmayan ebeveynlerin HEDÖ saygı desteği puanları çalışan ebeveynlerin saygı desteği puanlarından yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışan ebeveynin rol ve sorumluluğu çalışmayan ebeveyne göre daha fazladır. Çalışan ebeveynin eğitim

düzeiy ve sosyal çevresinin daha geniş olduğu düşünülürse buna bağlı olarak hemşireden beklediği saygı desteğinin daha düşük olduğu düşünölmektedir.

Araştırmaya dahil olan ekonomik durumunu orta ve altı olarak ifade eden ebeveynlerin HEDÖ saygı desteği alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir. Ebeveyn ve çocuğunun yaşam kalitesini etkileyen kaynaklardan biri olan gelir, yaşamla ilgili istek ve ihtiyaçları karşılamada kullanılan önemli bir kaynaktır. Hastanede tedavi süreci ebeveyni maddi açıdan sıkıntıya sokan bir süreçtir. Ebeveynlerin hastanede kalmaları desteklenmeli; ebeveynlerin hastanede çocuğunun yanında kalırken iş yerlerinden izin taleplerinin onaylanması ve hastanede kaldıkları sürece maddi olarak desteklenmeleri sağlanmalıdır (36).

Çocuğunun hastanede kalış süresi otuz gün ve üzeri olan ebeveynlerin HEDÖ saygı desteği alt boyut puanları diğer gruplara göre daha yüksek saptanmıştır. Küçökkocabaş ve Dönmez'in araştırmasında hastanede kalış zamanı uzadıkça çocuk, ebeveyn ve hemşire iletişiminin güçlenmesi ile bilgi paylaşımının fazlalaştığı ayrıca ebeveynlerin hemşirenin iş yüklerinin çok olduğunu görmeleri sebebi ile beklentilerinin azaldığı düşüncesiyle memnuniyet düzeylerinin yükseldiği belirtilmektedir (84).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin saygı desteği alt boyut puanları çocuğunun yattığı ünite değişkenine göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Pedaitri KİT ünitesinde yatış yapan çocukların ebeveynlerinin saygı desteği puanı diğer servislerde yatış yapan çocukların ebeveynlerine oranla daha yüksek bulunmuştur. KİT süreci uzun ve zorlu bir süreçtir. Hemşire ebeveyni her konuda destekleyici olmalıdır. Literatür incelendiğinde, Çoban'ın yapmış olduğu çalışmada hastaların yattıkları servislere göre hemşirelik bakımını algılama ve saygı desteği görme açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (75).

Çocuğu hastanede daha önceden yatış öyküsü olan ebeveynlerin HEDÖ Saygı Desteği Alt Boyut Puanları çocuğunun hastanede yatış öyküsü olmayan ebeveynlerin saygı desteği puanlarından yüksek bulunmuştur. Literatürde bununla ilgili bilgi olmamakla

birlikte ebeveynlerin hastane ortamına alışmasına bağlı olarak destek görme düzeylerinin de artacağı düşünülmektedir.

Hemşirelik ve bakım, birbiriyle yakın ilişkisi olan iki kavramdır. Bakım kavramı, hemşirelik mesleğinin temel mesleki konu alanlarının odak noktasında yer alır. Leninger, “bakım hemşireliktir ve hemşirelik bakımdır” ifadesini kullanarak ayrı gibi görünen bu iki kavramın aslında bir bütünün parçaları gibi işlev gördüğünü ve kaliteli hemşirelik bakımının meslek için ne derece önemli olduğunu vurgulamıştır (100). Araştırmaya katılan ebeveynlerin **HEDÖ Kaliteli Bakım Verme Desteği** Alt Boyut Puanları ile cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum, çocuk sayısı, çocuğun yaşı, çocuğunun hastanede kalış süresi, çocuğunun yattığı ünite ve yatış öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0.05$) tespit edilmiştir.

Kadın ebeveynlerin HEDÖ Kaliteli Bakım Verme Alt Boyut puan ortalamaları erkek ebeveynlerin puanlarından yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Söderback ve Broger’in ayrı ayrı yaptığı iki farklı çalışmada da kadın ebeveynlerin bakıma dahil edilme ve bakımdan memnun olma puanları çalışmamızı destekler nitelikte yüksek bulunmuştur (101, 102).

Araştırmaya katılan eğitim düzeyi ilkökul mezunu olan ebeveynlerin HEDÖ kaliteli bakım verme alt boyut puanları diğer gruplara oranla yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza paralel olarak Geçkil ve Goh’un ayrı ayrı yaptığı farklı iki çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan hastaların verilen bakımdan memnun olma düzeylerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir (103, 104).

Örneklem grubundaki çalışmayan ebeveynlerin HEDÖ Kaliteli Bakım Verme puanları çalışan ebeveynlerin kaliteli bakım verme puanlarından yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışan ebeveynlerin aynı zamanda eğitim düzeylerinin de daha yüksek olduğu ve bu sebeple çocuğunun bakımına katılma oranlarının daha düşük olduğu, çalışmayan ebeveynlerin ise çocuk ve bakımına daha fazla vakit ayırdığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan ekonomik durumu orta ve altı olan ebeveynlerin HEDÖ Kaliteli Bakım Verme Destek Alt Boyutu puan ortalamaları yüksek belirlenmiştir. Çalışmamıza paralel olarak Carey ve ark. çalışmalarında, düşük sosyoekonomik

düzeşin bakım veren kişinin negatif olarak etkilenmesine neden olduğunu bildirmişlerdir. Oberst ve ark. ise yapmış oldukları çalışmalarında, düşük sosyo-ekonomik düzeyin bakım vermedeki davranışlarda değişimlere neden olduğunu açıklamışlardır (105).

Araştırmaya katılan dört ve üzeri çocuğa sahip olan ebeveşnlerin HEDÖ Kaliteli Bakım Verme Desteği Alt Boyut Puanları yüksek belirlenmiştir. Bu sonucun çocuk sayısı arttıkça çocuğuna ayıracağı vakti azalan ebeveşnin bakım desteğine daha çok ihtiyaç duyabileceği ile ilişkili olduğu düşünölmektedir. Kürtüncü ve ark. tarafından yapılan çalışmada da ebeveşnlerin çocuk sayısı ile memnuniyet puan ortalamalarının arasında anlamlı fark belirlenmiştir. 5 ve üzeri çocuğa sahip ebeveşnlerin memnuniyet puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (84).

Hemşire hastanede yatan çocuk ve ailesinin korku ve kaygısını azaltmalı, alışmış olduğu rutinlerini olabildiğince sürdürmeli, ebeveşnlerin bakıma katılımını sağlamalı, her yaş grubu çocuğun gereksinimlerinin farklı olduğunun bilincinde olmalı ve bakımını buna göre planlamalıdır (19). Araştırmamıza dahil edilen çocuğunun yaşı altı-oniki yaş aralığında olan ebeveşnlerin kaliteli bakım destek puanı diğer gruplara oranla yüksek bulunmuştur. Sebebi çocuğun yaşı arttıkça bakıma dahil edilmesinin fiziksel ve bilişsel özellikleri baz alındığında daha kolay olmasına bağlı olduğu ve ebeveşni bakıma dahil etmenin de kolay olmasına bağlanmıştır. Araştırmamıza paralellik gösteren Garlı'nın yapmış olduğu çalışmasında da aynı yaş grubunun puanı daha yüksek tespit edilmiştir (56).

Araştırmaya dahil edilen hastanede yatış süresi otuz gün ve üzeri olan çocukların ebeveşnlerinin HEDÖ kalite bakım verme alt boyut puanları diğer gruplara göre daha yüksektir. Boztepe ve Çavuşoğlu'nun çalışmasında çocuğuna tanı konduktan sonra geçen süre ve hastanede yatış süresi arttıkça, annelerin çocukları hakkında endişelerini paylaşabilme durumlarının da arttığı belirlenmiştir (23). Boztepe ve Çavuşoğlu (2009) ve Kuzlu, Kalıncı ve Topan (2011) tarafından yapılan aile merkezli bakım uygulanmasına yönelik iki farklı çalışmada genellikle hemşirelerin iş yükü nedeniyle çocuğunun bakımını ebeveşnlere bıraktığı belirtilmektedir (23, 106). Aile merkezli bakımın temel amacı, çocuğun tüm bakım yükünü anneye bırakmak değil, hastanede anne-çocuk ilişkisini sürdürmek, çocuğun fiziksel ve emosyonel olarak rahatlığını

sağlayarak kaliteli bakım vermektir (107). Dur ve ark.'nın (2017) çalışmasındaysa hemşirelere ebeveynlerin çocuğunun bakımına katılımına ilişkin tutum ve davranışlarını belirlemek üzere çeşitli ifadeler yöneltilmiştir. Genel anlamda hemşireler çocuk ve ebeveynleri bir bütün olarak gördükleri sonucuna ulaşmışlar, fakat ebeveynin çocuğunun yanında olmasının sorun oluşturabileceği durumların/zamanların olabileceğini düşündüklerini ifade ettikleri de belirlenmiştir (47).

Araştırmaya dahil edilen çocuğu pediatri KİT ünitesinde yatan ebeveynlerin HEDÖ Kaliteli Bakım Verme Desteği Alt Boyut puanı yüksek bulunmuştur. Bunun sebebinin de KİT ünitelerinde çalışan hemşirelerin tedavi hazırlama kısmında çok vakit harcamasına bağlı iş yüküne ve çocukların taburcu olduktan sonra da bakım gereksinimlerinin fazla olmasına (oral ilaç hazırlama, ağız bakımı, vücut ve cilt bakımı gibi) bağlı olarak ebeveynlere çocuklara bakım verme konularında (ağız ve cilt bakımı gibi) eğitimler vererek onları bakıma dahil ettiklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Daha önceden çocuğunun hastanede yatış öyküsü olan ebeveynlerin kaliteli bakım verme puanları yatış öyküsü olmayanların kaliteli bakım verme puanlarından yüksek bulunmuştur. Hastaneye yatma süreci, hem ebeveyn hem de çocuk için oldukça stresli bir deneyim olması ile birlikte hastaneye yatış sürecinin çocuk ve ebeveynleri için yaşamlarında yarattığı maddi ve sosyal değişikliklerin, hastalığa, hastane ortamına, yapılacak tıbbi işlemlere yabancı olmanın ve uygulamalar üzerinde kontrolünün olmadığı duygusunun yarattığı psikososyal stres ve yanı sıra hastalıkların tedavileri santral sinir sistemine etkileri ve bunların getirdiği biyolojik stres hastanede yatan çocukların gelişimlerini olumsuz etkilemektedir (26, 108). Aile ve çocuk arasında sevgiye dayalı, güçlü ve destekleyici bir ilişkinin olması çocuk için en önemli destek kaynağı olarak görülmektedir. Doğum öncesi dönemden itibaren çocuğun sürekli olarak aile ve ebeveynin inançları, değerleri, gelenekleri, tutumları, görüşleri ile uygulamalarından etkilenerek gelişimini devam ettirdiği görülür. Bunun sonucunda ebeveynlerin, çocuğunun bakımının her aşamasına katılımı sağlanarak desteklenmelidir (99). James ve ark. kanserli çocukların ebeveynleri ile yaptıkları çalışmada, ebeveynler bakım vermenin kendi fiziksel ve duygusal sağlıklarını olumsuz

etkilediğini ifade etmişlerdir (109). Yapılan çalışmalarda annelerin kendi gereksinimlerini karşılayamadığı, kilo kaybı, uykusuzluk, sırt ağrısı, baş ağrısı gibi fiziksel sağlık sorularının görüldüğü belirlenmiştir (110–114). Lam, Anne ve Chang'ın yaptıkları bir çalışmada ise ebeveynler çocuklarının günlük gereksinimlerini karşılamaktan kendi gereksinimlerini karşılayamadıklarını belirtmişlerdir (115).

HEDÖ toplam puan ortalamaları ile cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum, çocuk sayısı, çocuğun yaşı, çocuğunun hastanede kalış süresi, çocuğunun yattığı ünite ve yatış öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0.05$) tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan kadın ebeveynlerin HEDÖ toplam puan ortalamaları erkek ebeveynlerin puanlarından yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). İlhan ve ark.'larının yapmış olduğu çalışmada kadın ebeveynlerin memnuniyet düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (116).

Çalışmamıza dahil edilen ebeveynlerin HEDÖ toplam puanları eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Eğitim düzeyi ilkökul olan ebeveynlerin HEDÖ puanları daha yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerin eğitim düzeylerinin yüksek olmasının daha eleştirel gözle yaklaşımlarına bunun sonucunda da memnuniyet ve bekledikleri destek düzeylerinin diğer gruplara göre daha düşük olmasına sebep olacağı düşünülmektedir (117–119).

Araştırmamızda çalışmayan ebeveynlerin HEDÖ toplam puan ortalamaları çalışan ebeveynlerin HEDÖ toplam puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Tanır ve Kuşuoğlu'nun yapmış olduğu çalışmada annelerin meslekleri ile memnuniyet ölçeğinin genel memnuniyet, bilgi, teknik beceriler alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Çalışmayan ebeveynlerin bu üç alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (84).

Araştırmaya katılan ekonomik durumunu orta ve altı olarak belirten ebeveynlerin HEDÖ toplam puan ortalamaları diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur. Arıkan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, çocuğunun hastalığının maddi yüklerini

arttırdığını ifade eden ebeveynlerin memnuniyet düzeylerinin daha düşük ve destek beklentilerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (78).

Çalışmamıza dahil edilen ebeveynlerin HEDÖ toplam puan ortalamaları çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Çocuk sayısı dört ve üzeri olan ebeveynlerin hemşire ebeveyn destek puanı daha yüksek bulunmuştur. Sebebinin ebeveynlerin bakımından sorumlu olduğu çocuk sayısı fazla olduğu göz önüne alındığında her bir çocuğa bakım verme ve ilgi gösterme süresi azalacağı için hemşireden destek bekleme isteğinin artmış olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan 6-12 yaş aralığında çocuğu olan ebeveynlerin HEDÖ toplam puan ortalamaları diğer yaş grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Reyhani ve ark.'larının 6-12 yaş arası çocuk ve ebeveynleriyle yaptığı bir çalışmada, çocuklarına eğitim desteği verilen ebeveynlerin anksiyete düzeyi, çocuklarına eğitim desteği verilmeyen ebeveynlerin anksiyete düzeyinden çok daha düşük bulunmuştur (120).

Hastaneye yatış süreci, ebeveyn ve çocuğu tarafından hayal edilebilen bir takım olumsuzlukların yaşanabileceği düşüncesi hem ebeveyn hem de çocuk için stresli bir süreçtir (121). Araştırmaya katılan ebeveynlerin hemşire ebeveyn destek toplam puanları çocuğunun hastanede kalış süresi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Çocuğunun hastanede kalış süresi onaltı-otuz gün arasında olan ebeveynlerin HEDÖ toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Yatış süresi uzadıkça hastalığın prognozu ebeveynde kaygı yaratabilir. Bu sebeple kaygıyı azaltmak için hemşireden beklediği destek artar.

Çalışmamıza katılan ebeveynlerin HEDÖ toplam puan ortalamaları çocuğunun yattığı ünite değişkenine göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Pediatri KİT ünitesinde yatışı yapılan çocukların ebeveynlerinin HEDÖ puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Kemik iliği nakil süreci boyunca, çocukların bakım ve tedavisinin planlanmasında önemlilik arz eden kemoterapi ilaçlarının, oldukça fazla psikososyal ve fiziksel değişikliklere sebebiyet verdiği farklı çalışmalar ile kanıtlanmıştır. Kemik iliği naklinde yaşanan problemleri azaltmak için ebeveyn ve çocuğunun KİT öncesinde kapsamlı bir şekilde değerlendirilerek eğitim verilmesine olanak sağlanmalıdır. Hemşire ekibe iyi bir tedavi süreci hedefleyip, tedavi boyunca çocuğun yaşam

standartlarının artmasına destek sağlamalıdır. KİT ünitesinde çalışan hemşirenin güncellenen eğitimleri takip ederek, tedavide yaşanabilecek komplikasyonları, kullanılan protokol tedavisini, nakil sürecini ve tedaviye yanıt oranlarını, alternatif tedavi seçeneklerini bilmesi ve bu konuda çocuk ve ebeveynin soracağı sorularını ayrıntısıyla yanıtlaması beklenir (121).

Çocuğunun daha önceden hastanede yatış öyküsü olan ebeveynlerin HEDÖ toplam puan ortalamaları çocuğunun daha önceden hastaneye yatış öyküsü olmayan ebeveynlerin HEDÖ toplam puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur. Yatış öyküsü olan çocukların ebeveynleri hastane ortamına alışır ve hemşire ile sağlıklı bir iletişim kurar. Kaliteli bakım süreci kuran hemşire de ebeveynin desteklenmesi gereken konuları daha rahat gözlemleyip planlamasını yapmalıdır.

8. SONUÇ

Bu çalışma, pediatri ünitelerinde yatan çocuklara verilen aile merkezli bakım ile ebeveynlere sağlanan destek düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

Örneklem grubunda yer alan ebeveynlerin %80'inin kadın, %54,2'sinin 31-40, yaş aralığında, %35,5'inin üniversite mezunu, %67,1'inin herhangi bir işte çalışmadığı, %82,6'sının SGK'na bağlı sağlık güvencesinin olduğu, %61,3'ünün ekonomik durumunun orta ve altı olduğu tespit edildi.

Ebeveynlerin %41,9'unun 2 çocuğunun olduğu, %52,9'unun erkek çocuğu olduğu, %24,5'inin altı-oniki yaş aralığında çocuğunun olduğu, %33,5'inin çocuğunun otuz gün ve üzeri gündür hastanede yattığı, %49,7'unun çocuğunun Pediatri KİT ünitesinde yattığı, %51,6'sının çocuğunun daha önce hastanede yatış öyküsünün olduğu saptandı.

Araştırma kapsamında “Aile Merkezli Bakım Ölçeği” “eşleşme yüzdesi” puan ortalaması 70,138±38,949, “Hemşire Ebeveyn Destek Ölçeği” toplam puan ortalaması 84,871±15,208 bulundu.

“Aile Merkezli Bakım Ölçeği” ile “Hemşire Ebeveyn Destek Ölçeği” arasında ve tüm alt boyutlar (eşleşme yüzdesi ve önemlilik alt boyutları arasındaki ilişki hariç) arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptandı ($p<0.05$).

Örneklem grubunda bulunan ebeveynlerin “Aile Merkezli Bakım Ölçeği” Eşleşme Yüzdesi puanları ile eğitim düzeyi, çalışma durumu, çocuğunun hastanede kalış süresi ve çocuğunun yattığı ünite arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0.05$).

- “AMBÖ Tutarlılık Alt Boyutu” ile ebeveynlerin cinsiyet, eğitim düzeyleri, çalışma durumları, çocuklarının yaşı, çocuklarının hastanede kalış süresi, çocuklarının hastanede yattığı ünite ve çocuklarının hastane yatış öyküsü arasında istatistiksel anlamlı ilişki ($p<0.05$) saptandı.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin “Hemşire Ebeveyn Destek Ölçeği” toplam puanları ile cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum, çocuk sayısı, çocuğun yaşı, çocuğunun hastanede kalış süresi, çocuğunun yattığı ünite ve yatış öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0.05$).

- HEDÖ Bilgi Verme ve İletişim Desteği Alt Boyut Puanları ile cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, çocuğun yaşı, çocuğunun hastanede kalış süresi, çocuğunun yattığı ünite ve yatış öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklı idi ($p<0.05$).
- HEDÖ Duygusal Destek Alt Boyut Puanları ile cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, çocuğun yaşı, çocuğunun hastanede kalış süresi, çocuğunun yattığı ünite ve yatış öyküsü arasında istatistiksel anlamlı farklılık ($p<0.05$) bulundu.
- HEDÖ Saygı Desteği Alt Boyutu Puanları ile cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum, çocuğunun hastanede kalış süresi, çocuğunun yattığı ünite ve hastanede daha önceden yatış öyküsü arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($P<0.05$).
- HEDÖ Kaliteli Bakım Verme Desteği Alt Boyut Puanları ile cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum, çocuk sayısı, çocuğun yaşı, çocuğunun hastanede kalış süresi, çocuğunun yattığı ünite ve yatış öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0.05$) saptandı.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Pediatri servisleri ve yoğun bakım ünitelerinde hastane yönetimi tarafından aile merkezli bakım protokolleri oluşturulmalı ve uygulamaya konmalı,
- Hemşireler bakıma aileyi de katarak ebeveynin gereksinim duyduğu konuda destek vermeli,
- Çocuk bakımına erkek ebeveynlerin teşvikinin artırılması için aile merkezli bakım ile ilgili eğitimler planlanmalı,
- Ebeveynlere çocuklarının sağlık durumu hakkında eğitim düzeyleri de dikkate alınarak düzenli, anlaşılır ve kısa bilgilendirmeler yapılmalı,

- Çalışan ebeveynlerin çocuk bakımına aktif katılması için ebeveynlerin sorunlarına yönelik çözümler aranmalı,
- Ekonomik düzeyi iyi olan ebeveynlerin aile merkezli bakıma dahil edilip memnuniyet düzeyleri artırılmalı,
- Hemşirelerin her yaş grubuna özel bakım planlaması ve ebeveynin de aile merkezli bakım uygulamalarına dahil edilmesi sağlanmalı,
- Hastanede kalış süresi kısa olan ebeveynlerin de hastane ortamına adaptasyonu hızlıca sağlanmalı ve bu konuda ebeveynler desteklenmeli,
- Ebeveyn ve çocuklarının hastaneye yatışları sırasında anksiyetelerinin azaltılması için kliniğin tanıtımının yapılmalı ve kliniği tanıtıcı broşürler asılmalı,
- Pediatri servislerinde ve yoğun bakım ünitelerinde hemşire sayısı artırılarak kaliteli bakım verilmeli,
- Bakımlara ebeveynin aktif katılması için hemşireler de kurum tarafından motive edilmeli,
- Ebeveynlere sağlanan destek düzeyinin belirlenmesine yönelik daha fazla araştırma yapılmalı ve aile merkezli bakım uygulamasına ilişkin sorunlar için yeni protokoller oluşturulmalıdır.

9. KAYNAKÇA

1. Beyaz, DB, Angus, DC, Kalkanlar, AM, Buddadhumaruk, P., Pidro, C., Paner, C., ... & Arnold, RM (2018). Yoğun bakım ünitelerinde bir aile destek müdahalesinin randomize bir denemesi. *New England Tıp Dergisi* , 378 (25), 2365-2375
2. Harrison T. Family-Centered Pediatric Nursing Care: State Of The Science. Vol. 25, *Journal of Pediatric Nursing*. W.B. Saunders; 2010. p. 335–43.
3. Shields L, Pratt J, Davis LM, Hunter J. Family-Centred Care For Children In Hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2007.
4. Freud A. Çocuklukta Normallik Ve Patoloji: Gelişim Değerlendirmeleri. 2018.
5. Evans G, Li D, Whipple S. Cumulative Risk And Child Development. *Psychol Bull*. 2013;139(6):1342–96.
6. Coyne, I., Hallström, I. ve Söderbäck, M. (2016). Odak noktasını, çocukların sağlığı için aile merkezli bir çocuk merkezli bakım yaklaşımından yeniden çerçevelemek. *Çocuk Sağlığı Dergisi* , 20 (4), 494-502
7. Meyer EC. Pediatrik Yoğun Bakım Ünitesinde Yaşam Sonu Bakım Kalitesinin İyileştirilmesi: Ebeveynlerin Öncelikleri ve Önerileri. *Pediatric*. 2006;117(3):649–57.
8. Yip P, Middleton P, Cyna AM, Carlyle A V. Cochrane Review: Non-Pharmacological Interventions For Assisting The İnduction Of Anaesthesia In Children. *Evidence-Based Child Heal A Cochrane Rev J*. 2011 Jan 1;6(1):71–134.
9. Boztepe H. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. *Türkiye Klin J Nurs Sci*. 2009;1(2):88–93.
10. Ahmann E, Johnson BH. New Guidance Materials Promote Family-Centered Change in Health Care Institutions. *Pediatr Nurs*. 2007 Mar 1;27(2):173–173.
11. Ocakçı A. Çocuğun Aile Merkezli Bakımı. *Zo Dökel Matbaası*. 2006;(2):11–26.
12. Cooper LG, Gooding JS, Gallagher J, Sternesky L, Ledsky R, Berns SD. Impact Of A Family-Centered Care İnitiative On NICU Care, Staff And Families. *J Perinatol*. 2007 Dec 22;27(SUPPL. 2):32–7.
13. Petersen MF, Cohen J, Parsons V. Family-Centered Care: Do We Practice What We Preach? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006 Jul 1;33(4):421–7.

14. Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelstein M, Kline N. Wong's Nursing Care of Infants and Children. 7th ed. Elsevier Press. 2008. p. 39.
15. Tüfekci Güdücü F, Tosun A. Çocuk Kliniklerinde Aile Merkezli Bakım Uygulamaları. *Artic J Anatolia Nurs Heal Sci.* 2015;2(18).
16. Lindeke LL, Leonard BJ, Presler B, Garwick A. Family-Centered Care Coordination For Children With Special Needs Across Multiple Settings. *J Pediatr Heal Care.* 2009 Nov 1;16(6):290–7.
17. Contro N, Larson J, Scofield S, Sourkes B, Cohen H. Family Perspectives On The Quality Of Pediatric Palliative Care. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002 Jan 1;156(1):14–9.
18. Byers JF, Lowman LB, Francis J, Kaigle L, Lutz NH, Waddell T, et al. A Quasi-Experimental Trial On Individualized, Developmentally Supportive Family-Centered Care. *JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006 Jan 1;35(1):105–15.
19. Törüner EK., Büyükgönenç L. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Ankara Göktuğ Yayn. 2013;24–5.
20. Shields L, Nixon J. Hospital Care Of Children In Four Countries. *J Adv Nurs.* 2005 Mar 1;45(5):475–86.
21. Mantha S, Davies B, Moyer A, Crowe K. Providing Responsive NURSING CARE to New Mothers With High and Low Confidence. *MCN, Am J Matern Nurs.* 2008 Sep;33(5):307–14.
22. Oktay H. Bir Üniversite Hastanesinin Çocuk Servislerinde Verilen Bakımın Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi Ve Anne Görüşlerinin Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Hemşirelik Derg.* 2009;16(1):11–24.
23. Çavuşoğlu H, Boztepe H. Bir Üniversite Hastanesindeki Uygulamaların Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi. Vol. 16, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2009 Mar.
24. Çağlar S, Ar I, Yaşa B, Kurt Ş. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Aile Merkezli Bakım: Anne Görüşleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg.* 2019;28(2):120–6.
25. Brown K, Mace SE, Dietrich AM, Knazik S, Schamban NE. Patient And Family-Centred Care For Pediatric Patients İn The Emergency Department. Vol. 10, Canadian

- Journal of Emergency Medicine. Canadian Medical Association; 2008. p. 38–43.
26. Er M. Çocuk, Hastalık, Anne-Babalar ve Kardeşler. Çocuk Sağlığı ve Hast Derg. 2006;49:155–68.
 27. İşler A, Conk Z. Pediatriye Aile Merkezli Bakım. Ege Pediatr Bülteni. 2006;13(3):187–93.
 28. Kuzlu T, Kalıncı N, Dergisi KT-FSH, 2011 U. Üniversite Hastanesinde Çocuklara Verilen Bakımın Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Derg. 2011;6:1–17.
 29. Shields L, Tanner A. Pilot Study Of A Tool To Investigate Perceptions Of FamilyCentered Care In Different Care Settings. Pediatr Nurs J. 2005;30(3):189–96.
 30. Harrison TM. Family-Centered Pediatric Nursing Care: State Of The Science. Vol. 25, Journal of Pediatric Nursing. W.B. Saunders; 2010. p. 335–43.
 31. Jolley J, Shields L. The Evolution of Family-Centered Care. Vol. 24, Journal of Pediatric Nursing. W.B. Saunders; 2009. p. 164–70.
 32. Ocakçı AF. Aile Merkezli Hemşirelik Bakımı: Çocugun Aile Merkezli Bakımı. Dokel Matbaası, Zo. 2006;1:8–27.
 33. Frazier A, Frazier H, Warren NA. A Discussion of Family-Centered Care Within the Pediatric Intensive Care Unit. Crit Care Nurs Q. 2010 Jan;33(1):82–6.
 34. Daneman S, Macaluso J, Guzzetta CE. Healthcare Providers' Attitudes Toward Parent Participation in the Care of the Hospitalized Child. J Spec Pediatr Nurs. 2008 Jul 1;8(3):90–8.
 35. Care C on H. Family-Centered Care And The Pediatrician's Role. Vol. 112, Pediatrics. American Academy of Pediatrics; 2008. p. 691–6.
 36. Aykanat B, Gözen D. Çocuk Sağlığı Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım Yaklaşımı. Vol. 3, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi /Gümüşhane University Journal of Health Sciences. 2014.
 37. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Basımevi. 2007;1(9):51.
 38. Eichner JM, Johnson BH. Family-Centered Care And The Pediatrician's Role. Pediatrics. 2008;112(3):690–7.

39. Kamerling SN, Lawler LC, Lynch M, Schwartz AJ. Family-Centered Care in the Pediatric Post Anesthesia Care Unit: Changing Practice to Promote Parental Visitation. *J Perianesthesia Nurs.* 2008 Feb 1;23(1):5–16.
40. Kristensson-Hallström I, Elander G, Malmfors G. Increased Parental Participation In A Paediatric Surgical Day-Care Unit. *J Clin Nurs.* 1997 Jul 1;6(4):297–302.
41. McKlindon DD, Schlucter J. Parent And Nurse Partnership Model For Teaching Therapeutic Relationships. *Pediatr Nurs.* 2005 Sep 1;30(5):418–21.
42. Hallström I, Runesson I, Elander G. Observed Parental Needs During Their Child's Hospitalization. *J Pediatr Nurs.* 2007 Apr 1;17(2):140–8.
43. Akgun Kostak M, Semerci R, Kocaaslan E. Hemşirelerin Çocuk Sevme Düzeyleri ve Çocuk Yetiştirme Tutumları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2017;6(4):146–55.
44. Paliadelis P, Cruickshank M, Wainohu D, Winskill R, Stevens H. Implementing FamilyCentered Care, An Exploration Of The Beliefs And Practices Of Pediatric Nurses. *Aust J Adv Nurs.* 2005;23(1):31–6.
45. Espezel HJE, Canam CJ. Parent-Nurse Interactions: Care Of Hospitalized Children. *J Adv Nurs.* 2008 Oct 1;44(1):34–41.
46. Conk Z, Başbakkal Z, Balyılmaz H, Bolışık B. Pediatri Hemşireliği. *Akademisyen Yayınevi.* 2013;1:41–5.
47. Dur Ş, Gözen D, Bilgin M. The Journal of Current Pediatrics Güncel Pediatri Devlet ve Özel Hastanedeki Hemşirelerin Aile Merkezli Bakıma İlişkin Tutum ve Davranışları. *J Curr Pediatr.* 2016;14:1–9.
48. Türe, E., Yazar, A., Akın, F., & Aydın, A. Kronik Hasta Çocuklara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün Değerlendirilmesi. *Bozok Medical Journal,* 2018; 8:03, 46.
49. Teksöz E, Ocakçı AF. Çocuk Hemşireliğinde Sanat Uygulamaları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg.* 2014;7(2):19–123.
50. Niela-Vilén H, Axelin A, Salanterä S, Melender HL. Internet-Based Peer Support For Parents: A Systematic Integrative Review. Vol. 51, *International Journal of Nursing Studies.* Elsevier Ltd; 2014. p. 1524–37.

51. Sanjari M, Shirazi F, Heidari S, Salemi S, Rahmani M, Shoghi M. Nursing Support For Parents Of Hospitalized Children. *Compr Child Adolesc Nurs.* 2009;32(3):120–30.
52. Mok E, Leung SF. Nurses As Providers Of Support For Mothers Of Premature Infants. *J Clin Nurs.* 2006 Jun 1;15(6):726–34.
53. Curley MAQ, Hunsberger M, Harris SK. Psychometric Evaluation of the Family-Centered Care Scale for Pediatric Acute Care Nursing. *Nurs Res.* 2013 May;62(3):160–8.
54. Altıparmak D, Deniz. Aile Merkezli Bakım Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. 2015;
55. Dunst CJ, Trivette CM, Hamby DW. Meta-Analysis Of Family-Centered Helping Practices Research. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* 2007 Jan 1;13(4):370–8.
56. Garlı E. Hastanede Çocuğu Yatan Ebeveynlerin Hemşirelerin Aile Merkezli Hemşirelik Bakımıyla İlgili Deneyimleri. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.
57. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Crit Care Med.* 2017 Jan 1;45(1):103–28.
58. Erdeve Ö, Arsan S, Armangil D, Atasay B, Korkmaz A. The İmpact of Individual Room n Rehospitalization and Health Service Utilization in Preterms After Discharge. *Acta Pediatr.* 2008;97:1351–7.
59. Manbeck LKM. Staff Support Parents In The Pediatric Intensive Care Unit. What Are We Doing Is It What Parents Want. 2005.
60. Anabilim P, Deneysel D, Dalı PB, Oktay B, Lisans Tezi Y. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hazırlama Türü Ve Duygusal Bağlamın Dikkatsizlik Körlüğü Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi: Bir Göz İzleme Çalışması. 2014.
61. Schaffer P, Vaughn G, Kenner C, Donohue F, Longo A. Revision Of A Parent Satisfaction Survey Based On The Parent Perspective. *J Pediatr Nurs.* 2010 Dec 1;15(6):373–7.
62. Schepp KG. Factors Influencing The Coping Effort Of Mothers Of Hospitalized

- Children. Nurs Res. 2008;40(1):42–6.
63. Dinç L. Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2010;74–82.
64. Savtekin M. Ortaöğretim 10. Ve 11. Sınıf Öğrencilerinin Sosyal Destek Ve Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Okula Bağlılıkları İle İlişkisi. Sakarya Üniversitesi; 2011.
65. Ward K. Perceived Needs Of Parents Of Critically İll Infants İn A Neonatal İntensive Care Unit. *Pediatr Nurs.* 2008;27(3):281–6.
66. Ryan E, Steinmiller E. Modeling Family-Centered Pediatric Nursing Care: Strategies for Shift Report. *J Spec Pediatr Nurs.* 2005 Oct 1;9(4):123–34.
67. Çelebolu A. Yenidoğanın Hastaneye Kabulünde Ebeveynlerin Duyguları Ve Hemşirelik Yaklaşımı. *J Hum Sci.* 2004;
68. Özcan F, Uysal G. Pediatri Servislerinde Uygulanan Hemşirelik Yaklaşımının Aile Merkezli Bakım Açısından Değerlendirilmesi. 2017.
69. Özkan S, Tas Arslan F. Hemşirelerin Hastanede Yatan Çocuğun Bakımına Ebeveyn Katılımı Hakkında Görüşleri. *Artic J Contemp Med.* 2017;7(4).
70. Zeynep, A. T. A. Geçmişten Günümüze Çocuk Mağduriyetleri. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 2019; 3(1), 47-60.
71. Uysal G, Cirlak A. The Expectations Related to Nursing and the Satisfaction Levels of the Parents of the Children who have Acute Health Problems. *Procedia - Soc Behav Sci.* 2014 Oct 7;152:435–9.
72. Aşılıoğlu N, Akkuş T, Baysal K. Çocuk Acil Servisinde Ebeveyn Memnuniyeti Ve Etkileyen Etmenlerin Araştırılması. *Turkish J Emerg Med.* 2009;9(2):65–72.
73. Ulus B, Kublay G. PedsQL Sağlık Bakımı Ebeveyn Memnuniyet Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2012;
74. Kemal Şahin T, Bakıcı H, Bilban S, Dinçer Ş, Yurtçu M, Günel E, et al. Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyetinin Araştırılması. *Genel Tıp Derg.* 2005;15(4):137–42.
75. Çoban M, Can G, Ünüvar E. Hasta Memnuniyetini Değerlendiren Yeni Bir Ölçek Ve Geçerliliği. *Çocuk Derg.* 2007;7:247–54.

76. Balling K, McCubbin M. Hospitalized Children With Chronic İllness: Parental Caregiving Needs And Valuing Parental Expertise. *J Pediatr Nurs.* 2007 Apr 1;16(2):110–9.
77. Hallström I, Runesson I, Nursing GE-J of pediatric, 2002 U. Observed Parental Needs During Their Child's Hospitalization. *J Pediatr.* 2007;17(2):140–8.
78. Arıkan D, Saban F, Gürarslan Baş N. Çocuğu Hastanede Yatan Ebeveynlerin Hastaneye Ve Sağlık Bakımına Yönelik Memnuniyet Düzeyleri. *Çocuk Hast Derg.* 2014;4(2):109–16.
79. Grater J. The Impact of Health Care Provider Communication on Self-efficacy and Caregiver Burden in Older Spousal Oncology Caregivers. *Dr Philos Univ Pittsbg .* 2005;130.
80. Silbert BS, Scott DA. Informed Consent in Patients with Frailty Syndrome. *Anesth Analg.* 2020;1474–81.
81. Altınay D. Çalışan ve Çalışmayan Annelerin Başa Çıkma Tutumları ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi. 2012.
82. Emiroğlu İ, Akay P. Kronik Hastalıklar, Hastaneye Yatış ve Çocuk. Vol. 22, CİLT. 2008 Aug.
83. Karabudak Z. Hastanede Yatan Çocuğun Bakımına Ebeveyn Katiliminin Ebeveyn Memnuniyetine, Ebeveyn Ve Çocuk Anksiyetesine Etkisi. 2017 Aug.
84. Kürtüncü Tanır M, Kuğuoğlu S. Pediatrik Yaşam Kalitesi Envanteri (PedsQL) Sağlık Bakım Memnuniyeti Hematoloji/Onkoloji Modülü Ebeveyn Formu Geçerlik Güvenirliliği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Derg.* 2012;11(2).
85. Obeidat H, Bond E, Callister L. The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *J Perinat Educ.* 2009 Sep 30;18(3):23–9.
86. Boztepe H, Yıldız GK, Ay A. Çocuğu Hastanede Yatan Ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Alma Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2019;10(4):748–55.
87. Yamaç Ö, Önder. Üniversite Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek İle Stresle Başa Çıkma Stilleri Arasındaki İlişki. 2009;

88. Er DM. Çocuk, Hastalık, Anne-Babalar Ve Kardeşler. Vol. 49, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2006.
89. Ellison S. Nurses' Attitudes Toward Family Presence During Resuscitative Efforts And Invasive Procedures. J Emerg Nurs. 2008 Dec 1;29(6):515–21.
90. Coyne I. Disruption Of Parent Participation: Nurses' Strategies To Manage Parents On Children's Wards. J Clin Nurs. 2008 Dec 1;17(23):3150–8.
91. Adak N. Kadınların İkilemi: İş ve Aile Yaşamı. Sosyoloji Dergisi/Ülgen Oskay'a Armağan Özel Sayısı. 2007 Mar 1;(17).
92. Avis M, Reardon R. Understanding The Views Of Parents Of Children With Special Needs About The Nursing Care Their Child Receives When In Hospital: A Qualitative Study. J Child Heal Care. 2008 Mar 1;12(1):7–17.
93. Evans MA. An Investigation Into The Feasibility Of Parental Participation In The Nursing Care Of Their Children. J Adv Nurs. 1994 Sep 1;20(3):477–82.
94. Fenwick J, Barclay L, Schmied V. "Chatting": An Important Clinical Tool In Facilitating Mothering In Neonatal Nurseries. J Adv Nurs. 2007 Mar 13;33(5):583–93.
95. Milutinović D, Simin D, Brkić N, Brkić S. The Patient Satisfaction With Nursing Care Quality: The Psychometric Study Of The Serbian Version Of PSNCQ Questionnaire. Scand J Caring Sci. 2012 Sep 1;26(3):598–606.
96. Koç Z. Patient Satisfaction with the Nursing Care in Hospital. Orijinal Araştırma/Türkiye Klin. 2011;31(3):629–40.
97. Arslan Ç, Kelleci M. Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyleri ve İlişkili Bazı Faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg. 2011;14(1).
98. Karaca A, Durna Z. Hemşirelik Bakım Kalitesi ve İlişkili Faktörler. 2018.
99. Aktaş E, Teksöz E, Ocokçı AF. Ailede Kadınının Değişen Rolünün Çocuk Sağlığına Etkisi Ve Aile Merkezli Bakımın Önemi. Vol. 28, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2012 Jan.
100. Öner Altıok H. Bakım: Kavram Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik

Yüksekokulu Elektronik Derg. 2011;4(3):137–40.

101. Söderbäck M, Christensson K. Family Involvement In The Care Of A Hospitalised Child: A Questionnaire Survey Of Mozambican Family Caregivers. *Int J Nurs Stud.* 2008 Dec 1;45(12):1778–88.
102. Broger B, Zeni MB. Fathers' Coping Mechanisms Related to Parenting a Chronically Ill Child: Implications for Advanced Practice Nurses. *J Pediatr Heal Care.* 2011 Mar 1;25(2):96–104.
103. Geçkil E, Dünder Ö, Şahin T. Adıyaman İl Merkezindeki Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Hemşirelik Derg.* 2008;41–51.
104. Goh ML, Ang ENK, Chan YH, He HG, Vehviläinen-Julkunen K. A Descriptive Quantitative Study On Multi-Ethnic Patient Satisfaction With Nursing Care Measured By The Revised Humane Caring Scale. *Appl Nurs Res.* 2016 Aug 1;31:126–31.
105. Stenberg U, Ruland C, Miaskowski C. Review Of The Literature On The Effects Of Caring For A Patient With Cancer. Vol. 19, *Psycho-Oncology.* John Wiley & Sons, Ltd; 2010. p. 1013–25.
106. Kuzlu TA, Kalıncı N., Topan A. K. Investigation Of Care Performed Children With Respect To Family Centered Care At A University Hospital. *Fırat Heal Serv J.* 2011;6(16):1–17.
107. Christian BJ. Translational Research - The Value of Family-Centered Care for Improving the Quality of Care for Children and their Families. *J Pediatr Nurs.* 2016 May 1;31(3):342–5.
108. Atay G, Eras Z, Ertem İ. Çocuk Hastaların Hastane Yatışları Sırasında Gelişimlerinin Desteklenmesi. *Çocuk Derg.* 2011;11(1):1–4.
109. James K, Keegan-Wells D, Hinds PS, Kelly KP, Bond D, Hall B, et al. The Care of My Child with Cancer: Parents' Perceptions of Caregiving Demands. *J Pediatr Oncol Nurs.* 2005 Nov 1;19(6):218–28.
110. Klassen A, Raina P, Reineking S, Dix D, Pritchard S, O'Donnell M. Developing A Literature Base To Understand The Caregiving Experience Of Parents Of Children With Cancer: A Systematic Review Of Factors Related To Parental Health And Well-

- Being. Vol. 15, Supportive Care in Cancer. Springer; 2007. p. 807–18.
111. Kim Y, Given BA. Quality Of Life Of Family Caregivers Of Cancer Survivors: Across The Trajectory Of The Illness. *Cancer*. 2008 Jun 1;112(11 SUPPL.):2556–68.
 112. Von Essen L, Enskär K, Skolin I. Important Aspects Of Care And Assistance For Parents Of Children, 0-18 Years Of Age, On Or Off Treatment For Cancer. Parent And Nurse Perceptions. *Eur J Oncol Nurs*. 2007 Dec 1;5(4):254–64.
 113. Kurylo MF, Elliott TR, Shewchuk RM. Focus On The Family Caregiver: A Problem-Solving Training Intervention. *J Couns Dev*. 2005 Jul 1;79(3):275–81.
 114. Kerr LMJ, Harrison MB, Medves J, Tranmer JE, Fitch MI. Understanding The Supportive Care Needs Of Parents Of Children With Cancer: An Approach To Local Needs Assessment. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2007 Nov 2;24(5):279–93.
 115. Lam LW, Chang AM, Morrissey J. Parents' Experiences Of Participation İn The Care Of Hospitalised Children: A Qualitative Study. *Int J Nurs Stud*. 2006 Jul 1;43(5):535–45.
 116. İlhan MN, Toygar ŞA. Bir Üniversite Hastanesinde Ayaktan Tedavi Gören Hasta Ve Yakınlarının Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Strat Araştırma Derg*. 2017;3(1).
 117. Apay SE, Arslan S. Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Tatmin Olma Düzeyleri. *TSK Koruyucu Hekim Bülteni*. 2009;8(3):239–44.
 118. Özer N, Köçkar Ç, Yurttaş A. Kalp Damar Cerrahisi Kliniğinde Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyeti. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg*. 2010 Feb 20;12(3):12–9.
 119. Yılmaz M. Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplifikasyonlara ve Hasta Memnuniyetine Etkisi. *Hemşirelik Araştırma Derg*. 2002;4(1):40–51.
 120. Reyhani T, Aemmi S, Emami Zeydi A. The Effect Of Teacher'S Presence At Children'S Bedside On The Anxiety Of Mothers With Hospitalized Children: A Randomized Clinical Trial. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2016;21(4):436.
 121. Yeşilipek MA. Çocuklarda Hematopoetik Kök Hücre Nakli. *Türkiye Pediatr Arşivi*. 2014;49:91–8.

10-EKLER

Sayın Katılımcı

“Pediatri Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım ile Ebeveynlere Sağlanan Destek Düzeyi Arasındaki İlişki” amacıyla planlanmış bu çalışmanın, amacına ulaşması göstereceğiniz hassasiyet ve katkılarınıza bağlıdır.

Lütfen sizi ve düşüncelerinizi en iyi şekilde anlatan ifadelerin yanına (X) işareti koyunuz.

Verdiğiniz tüm yanıtlar gizli tutulacaktır.

Bu çalışmaya katılımınız ve duyarlılığınız için teşekkür ederiz.

TANITICI BİLGİLER

Anket No:

Lütfen sosyo-demografik özelliklerinizle ilgili aşağıdaki soruları cevaplandırınız.

1. Cinsiyetiniz?

- a. () Kadın b. () Erkek

2. Yaşınız?.....

3. Eğitim düzeyiniz?

- a. () Okur-yazar b. () İlkokul c. () Ortaokul d. () Lise
e. () Üniversite f. () Lisans Üstü

4. Çalışma durumunuz?

- a. () Evet b. () Hayır

5. Sağlık Güvenceniz ?

- a. () SGK b. () Yeşil kart c. () Özel Sağlık Sigortası d. () Yok

6. Ekonomik durumunuz?

- a. () Çok iyi b. () İyi c. () Orta d. () Kötü e. () Çok kötü

7. Çocuk sayınız ?

- a. () 1 b. () 2 c. () 3 d. () 4 ve üzeri

Lütfen çocuğunuzun sosyo-demografik özellikleri ile ilgili aşağıdaki soruları cevaplandırınız.

1.Çocuğunuzun cinsiyeti?

- a.()Kız b.() Erkek

2.Çocuğunuzun yaşı?

- a.()0-1 yaş
b.()1-3 yaş
c.()3-6 yaş
d.()6-12yaş
e.()12-18 yaş

3. Çocuğunuzun hastanede kalış süresi?

- a.() 1 günden az
- b.() 1-7 gün
- c.() 8-15 gün
- d.() 16-30 gün
- e.() 30 günden fazla

4.Çocuğunuzun yattığı ünite?

- a.() Pediatri Servisi
- b.() Pediatri Kemik İliği Nakil Ünitesi
- c.() Pediatri Yoğun Bakım Ünitesi
- d.() Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi
- e.() Diğer.....

5. Çocuğunuzun daha önce hastaneye yatma öyküsü?

- a.() Evet
- b.() Hayır

Ek 1 Aile Merkezli Bakım Ölçeği

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

	Hemşireler Hakkında İfadeler	Bölüm A Hemşirelerin bunu yapması sizin için ne kadar önemli? Hiç Önemli Değil/ Çok Önemli	Bölüm B Hemşireler sizce bunu ne kadar tutarlı yapıyor? Hiç tutarlı değil/ Çok Tutarlı
1	Hemşireler bana iyi karşılandığımı hissettirirler	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2	Hemşireler çocuğumun bakımında önemli yerim olduğunu bana hissettirirler	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3	Hemşireler çocuğumun hemşirelik bakımını planlarken beni ekibin değerli bir üyesi sayarlar	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4	Hemşireler yaptıkları hemşirelik bakımı hakkında açıklama yaparlar.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5	Hemşireler çocuğumun durumunda olabilecek değişiklikler hakkında açıklama yaparlar.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6	Hemşireler iyi bakım verildiğini çocuğuma hissettirirler.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7	Hemşireler çocuğuma verdiklerin bakımın iyi olduğunu bana hissettirirler.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Ek 1 HEMŞİRE EBEVEYN DESTEK ÖLÇEĞİ (NURSE PARENT SUPPORT TOOL (NPST))

Aşağıda çocuğunuza bakım veren hemşireler ile ilgili görüşler yer almaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse karar verebilmek için size en yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duyularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölümü (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz. Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

		Hemen Hemen Hiç	Ara Sıra	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1	Duyularımı, endişelerimi ve kaygılarımı anlatmama yardım ettiler.	()	()	()	()	()
2	Çocuğuma ne yapıldığını anlamama yardımcı oldular.	()	()	()	()	()
3	Çocuğa nasıl bakacağımı öğrettiler.	()	()	()	()	()
4	Ebeveyn olarak kendimi önemli hissettirdiler.	()	()	()	()	()
5	Tıbbi işlemleri yaptırıp yaptırmamam konusunda kararı bana verdirdiler.	()	()	()	()	()
6	Sorularıma cevap verdiler ya da cevap verecek birilerini buldular.	()	()	()	()	()
7	Çocuğumun durumundaki değişiklikleri anlattılar.	()	()	()	()	()
8	Kararların alındığı tartışmalara beni de kattılar.	()	()	()	()	()
10	Çocuğumu nasıl rahatlatacağımı öğrenmeme yardım ettiler.	()	()	()	()	()

11	Bana çocuğuma yardımcı olmayı becerdiğimi söylediler.	()	()	()	()	()
12	Endişelerime ya da kaygılarıma duyarlıydılar.	()	()	()	()	()
13	İyiliğim için benimle ilgilendiler.	()	()	()	()	()
14	Personelin ismini ve ne iş yaptığını bilmeme yardım ettiler.	()	()	()	()	()
15	Çocuğuma iyi baktılar.	()	()	()	()	()
16	Çocukla ilgili soru sormamı teşvik ettiler.	()	()	()	()	()
17	Çocuğun bireysel ihtiyaçlarına duyarlı oldular.	()	()	()	()	()
18	Çocuğun bakımına katılmama izin verdiler.	()	()	()	()	()
19	Durumu çocuğuma benzeyen diğer çocukları gösterdiler.	()	()	()	()	()
20	Çocuğumun ihtiyaçlarını zamanında karşıladılar.	()	()	()	()	()
21	Çocuk hakkında iyimserdiler.	()	()	()	()	()

Ek 2. İzinler

----- Forwarded message -----

Gönderen: **Rana YİĞİT** <vyigitrana@mersin.edu.tr>
Date: 24 Tem 2019 Çar, 10:04
Subject: Re: Ölçek Kullanım İzni Hk.
To: Aysel KÖKCÜ DOĞAN <akdogan@medipol.edu.tr>

Sevgili Aysel, kolaylıklar diliyorum...

Aysel KÖKCÜ DOĞAN <akdogan@medipol.edu.tr>, 22 Tem 2019 Pzt, 11:13 tarihinde şunu yazdı:

Sayın hocam,
ben Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Dr. Öğretim Üyesiyim. Yüksek Lisans Öğrencim tarafından sizin yayınladığınız ve aşağıda belirtilen araştırmanıza ait ölçeğin kullanım iznini talep etmekteyiz. Uygun gördüğünüz takdirde ölçeğin uygulamada kullanabileceğimiz formatını gönderirseniz memnun oluruz.

Teşekkür eder, saygılar sunarız.

YAYIN İSMİ: " HEMŞİRE EBEVEYN DESTEK ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI "

Dr. Öğr. Üyesi Aysel KÖKCÜ DOĞAN
İstanbul Medipol Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi

----- Forwarded message -----

Gönderen: **Deniz Altıparmak** <deniz73aslan@hotmail.com>
Date: 24 Tem 2019 Çar, 11:00
Subject: Ynt: Ölçek Kullanım İzni Hk.
To: Aysel KÖKCÜ DOĞAN <akdogan@medipol.edu.tr>

Merhabalar Hocam

Aile Merkezli Bakım Ölçeğini araştırmanızda kullanabilirsiniz.

Yolunuz açık olsun, başarılar dilerim.

Gönderen: Aysel KÖKCÜ DOĞAN <akdogan@medipol.edu.tr>
Gönderildi: 22 Temmuz 2019 Pazartesi 10:56
Kime: deniz73aslan@hotmail.com <deniz73aslan@hotmail.com>
Konu: Ölçek Kullanım İzni Hk.

Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Bu çalışma, ebeveynlerin hastanede kalış süreci boyunca çocuklarına verilen bakıma katılma durumu ve hemşirelerin bu konuda onlara ne kadar destek olabildiklerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Çalışmaya katılıp katılmamakta özgürsünüz, dolduracağınız anket içerisinde kimlik bilgileriniz yer almayacaktır. Çalışmaya katılmadığınızda herhangi bir cezai durumla karşılaşmanız söz konusu değildir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar sadece araştırmanın raporunda kullanılacaktır.

Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Bilgilendirenin Adı- Soyadı:

Bilgilenenin Adı-Soyadı:

İmza:

İmza:



I.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü'ne



E-Posta

Sayı : 170142/36-302.08.01-E.56/106
Konu : İbrahim YILMAZ

22.10.2020

**MEDİPOL MEGA ÜNİVERSİTE HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ'NE**

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi İbrahim YILMAZ'ın, Üniversitemize Gözetimci Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan, "Pediyatri Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım ile Ebeveynlere Sağlanan Değerli Düzeyi Araştırmak" isimli tez çalışması kapsamındaki çalışmalarını, Kasım 2019-Nisan 2020 tarihleri arasında Başhekimliğimiz bünyesindeki Pediyatri Ünitelerinde yaptıkları çalışmaları münakaşelerimiz arz ederim.

Prof. Dr. Nedret FİMEKLİ
Müdür V.

- EK :**
-Tez Çalışması Uygulama Esas Formu (1 Sayfa)
-Etik Kurul Kararı (5 Sayfa)
-Bilgilendirme Formu (1 Sayfa)
-Tez Çalışması (5 Sayfa)



Prof. Dr. Nedret Fimekli

İMZA
22.10.2020
12:56

İstanbul Medipol University
Enstitüsü Müdürü'ne

İstanbul Medipol University
Enstitüsü Müdürü'ne

11- ETİK KURUL ONAYI

	
T.C. İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı	
Sayı : 10840098-604.01.01-E.53840	E-İmzalıdır
Konu : Etik Kurulu Kararı	30/09/2019
Sayın Dr. Öğr. Üyesi Aysel KÖKCÜ DOĞAN	
<p>Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Pediatri Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım İle Ebeveynlere Sağlanan Destek Düzeyi Arasındaki İlişki" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.</p>	
Bilgilerinize rica ederim.	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı	
Ek: -Karar Formu (2 sayfa)	
<p>Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 30.09.2019 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağımızı https://cbys.medipol.edu.tr/e-imza linkinden E894DF05X0 kodu ile doğrulayabilirsiniz.</p>	
İstanbul Medipol Üniversitesi	Tel: 444 85 44 İnternet: www.medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Pediatri Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım İle Ebeveynlere Sağlanan Destek Düzeyi Arasındaki İlişki			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Aysel KÖKCÜ DOĞAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>