



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PEDİATRİK YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE BAKIMA
KATILAN EBEVEYNLERİN ETKİLENME DÜZEYLERİ İLE
AİLE MERKEZLİ BAKIM ARASINDAKİ İLİŞKİ**

EDA MERMİ

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 : Eda MERMİ
Tez Başlığı : Pediatrik Yoğun Bakım Ünitelerinde Bakıma Katılan
Ebeveynlerin Etkilenme Düzeyleri İle Aile Merkezli Bakım
Arasındaki İlişki
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Kampüsü
Sınav Tarihi : 07.01.2021

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

Danışman

Kurumu

İmza

Dr.Öğr.Üyesi Aysel KÖKÇÜ DOĞAN İstanbul Medipol Üniversitesi

Sınav Jüri Üyeleri

Dr.Öğr.Üyesi Özlem AVCI

İstanbul Medipol Üniversitesi

Dr.Öğr.Üyesi Selmin KÖSE

Biruni 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 Müdürü 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.

EDA MERMİ

TEŞEKKÜR

Çalıőmamın her aőamasında yardım ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen saygıdeğer danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Aysel Kökcü Doğan'a

Çalıőmamın verilerini SPSS programına girme aőamasında itibaren istatistiksel anlamda profesyonelliği ile araőtırmama yön veren Sayın Fatih Sontay'a,

Çalıőmamı gerçekteőtiđim ve verilerimi topladığım Mega Medipol Hastaneler Kompleksi tüm yönetici ve çalıőanlarına,

Verileri toplamada desteğini esirgemeyen sabırla beni destekleyen sevgili ekip arkadaşlarıım Gözde Tepe, Melis Durgun, őevval Yurttaő, Yağmur Özoğlu, Kübra Keçeci Melike Ağca ve Hilal Yılmaz'a,

Çalıőmamın tamamlanmasında maddi manevi desteklerini esirgemeyip çalıőmanın en başından itibaren geçirdiğim tüm yoğun zamanlarda benimle birlikte olan ve sürekli destekleyen başta eőim Hayri Mermi ve biricik aileme

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	3
4-GENEL BİLGİLER	5
4.1. BAKAS Bakım Verme.....	6
4.2. Formal Bakım Verme.....	6
4.3. İnfomal Bakım Verme	7
4.4. Bakım Verme Güçlüğü.....	7
4.4.1. Bakım Vermede Fiziksel Güçlükler	8
4.4.2. Bakım Vermede Emosyonel Güçlükler	8
4.4.3. Bakım Vermede Sosyal Güçlükler	9
4.4.4. Bakım Vermede Ekonomik ve İş İle İlgili Güçlükler	9
4.5. Aile Merkezli Bakım.....	9
4.6. Aile Merkezli Bakım Prensipleri	12
4.7. Aile Merkezli Bakımın Yararları	13
4.7.1 Aile Merkezli Bakımın Çocuklar Açısından Yararları.....	14
4.7.2 Aile Merkezli Bakımın Ebeveyn Açısından Yararları.....	14
4.7.3 Aile Merkezli Bakımın Pediatri Hemşireleri Açısından Yararları.....	14
4.8. Geleneksel Bakım ve Aile Merkezli Bakım Arasındaki Farklılıklar	15
4.9. Aile ile Etkili İletişimi Sağlamada Kullanılan Modeller.....	16
4.9.1 Learn Modeli.....	16
4.9.2 Karşılıklı Katılımlı Hemşirelik Bakım Modeli	17
4.10 Aile Merkezli Bakım Konusunda Yapılan Çalışmalar.....	18

5-MATERYAL VE METOD.....	19
5. 1. Araştırmanın Şekli.....	19
5. 2. Araştırma Soruları.....	19
5. 3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	19
5. 4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	20
5. 5. Veri Toplama Tekniği.....	20
5. 6. Veri Toplama Araçları.....	20
5. 7. Güvenirlik Çalışması.....	21
5. 8. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	22
5. 9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	22
5. 10. Araştırmanın Etik Yönü.....	22
5. 11. Çalışmada Kullanılan Mevcut Olanaklar.....	22
6-BULGULAR.....	23
6. 1. Ebeveynlerin ve Çocukların Tanımlayıcı Özellikleri.....	23
6.2. Aile Merkezli Bakım ve BAKAS Bakım Verme Etki Ölçeği Puan Ortalamaları.....	24
6.3. Aile Merkezli Bakım Puanları ile BAKAS Bakım Verme Etki Ölçeğine İlişkin Korelasyon Analizi.....	25
6.4. Aile Merkezli Bakım ve BAKAS Bakım Verme Etki Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu.....	26
7-TARTIŞMA.....	29
8-SONUÇ.....	39
9-KAYNAKLAR.....	41
10-EKLER.....	49
11-ETİK KURUL ONAYI.....	58
12-ÖZGEÇMİŞ.....	61

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Ebeveyn ve Çocukların Tanımlayıcı Özellikler.....	23
Tablo 2. Aile Merkezli Bakım ve BAKAS Bakım Verme Etki Ölçeği Puan Ortalamaları.....	24
Tablo 3. Aile Merkezli Bakım Ölçeği ile BAKAS Bakım Verme Etki Ölçeğine İlişkin Korelasyon Analizi.....	25
Tablo 4. Aile Merkezli Bakım ve BAKAS Bakım Verme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu.....	26

1- ÖZET

PEDİATRİK YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE BAKIMA KATILAN EBEVEYNLERİN ETKİLENME DÜZEYLERİ İLE AİLE MERKEZLİ BAKIM ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu araştırma pediatrik yoğun bakımda bakıma katılan ebeveynlerin bakım verme etki düzeyleri ile aile merkezli bakım arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini, Özel bir Üniversite Hastanesi pediatri yoğun bakımında yatan 110 çocuğun ebeveyni oluşturdu. Araştırmanın verileri, “Tanıtıcı Bilgiler Formu”, “Aile Merkezli Bakım Ölçeği” ve “BAKAS Bakım Verme Etki Ölçeği” kullanılarak toplandı. Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS 22.0 paket programında uygun istatistiksel analizler kullanılarak incelendi. Araştırmaya katılan ebeveynlerin %86,4’ünün anne, %50,9’unun 25-30 yaş aralığında, %58,2’sinin lise eğitim seviyesinde, %55,5’inin iki çocuğunun olduğu, %84,5’inin gelirinin giderine eşit, %51,8’inin 0-2 yaş aralığında çocuğunun olduğu saptandı. Ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Bölümü olan “Önemlilik” ortalaması 34,291±2,002, “Tutarlılık” ortalaması 29,336±3,975, “Eşleşme” ortalaması 45,455±41,557, “BAKAS Bakım verme” ölçeği toplam puan ortalaması 32,864±9,476 olarak tespit edildi. Aile Merkezli Bakım Ölçeği “Tutarlılık” ile “Önemlilik” ve “Eşleşme” arasında pozitif, “Eşleşme” ile “Önemlilik” Bölümleri arasında ise negatif ilişki bulundu. BAKAS Bakım Verme Ölçeği ile Aile Merkezli Bakım “Tutarlılık” ve “Eşleşme” Bölümleri arasında negatif ilişki belirlendi. Çocuk ve aile için önemli olan aile merkezli bakımın yoğun bakımlarda geliştirilmesi için, hemşirelere ve ebeveynlere yönelik aile merkezli bakıma ilişkin hizmet içi eğitimler planlanması ve ebeveynlerin çocuklarının bakım kalitesini artırmak için eğitim programlarının yapılması ile ebeveynlerin yaşadıkları sorunlara yönelik psikolojik, fiziksel ve sosyal olarak desteklenmesi önerilmektedir.

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

2-ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN INFLUENCE LEVELS OF PARENTS PARTICIPATING IN CARE PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT AND CARE AND FAMILY CENTERED

This descriptive research was carried out to determine the relationship between caregiving efficacy levels of parents participating in pediatric intensive care and care of family centered. Example of research, they formed the parents of one hundred and ten children hospitalized in the pediatric intensive care unit of private university hospital. The data obtained as a result of the research were analyzed using appropriate statistical analysis in the SPSS 22.0 program. It is determined that 86.4% of parents participating in the research were mother, 50.9% were between ages of 25-30, 86.5% were equal to expenditure of their income, 58.2% were at the high school education level, 55.5% were two children and 51.8% had children between between the age of 0-2. Care of Family centered sub-dimension of parents, the mean "significance" was found to be 34,291 +2,002, The mean of "consistency" was 29,336 +3,975, the mean of 'matching' was 45,455 +415,557 and the total score for the "BAKAS maintenance scale" was 32,864 +9,476. A negative relationship was determined between the BAKAS (maintenance) scale and care of family centered "consistency" and "matching" sub-dimensions. In order to develop care of family centered in intensive care units, which are important for children and families. It is recommended to plan in service trainings for nurses and parent on care of family centered and support parent psychologically, physically and socially in problem.

KEYWORDS: Family Centered Care, BAKAS, Child, Nurse

3- GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuklar tüm toplumlarda geleceğin mimarı olarak yetiştirilen ve ebeveynleri tarafından tüm olanaklar seferber edilerek gereksinimleri karşılanan değerli bireylerdir (1, 2). Çocuk, aile ile birlikte büyür ve topluma birey olarak katılır. Bedensel, zihinsel, fizyolojik ve psikolojik anlamda sağlıklı birey olarak yetişmesinde ve davranışlarının şekillenmesinde ailenin rolü çok fazladır. İnsanın yaşamı boyunca ebeveyn ve diğer bireyler arasındaki ilişkileri, farklı boyutlarda kesintiye uğramaksızın devam eder. Hastaneye yatan çocuklarda da aile ile iletişimin kesintiye uğramasının engellenmesi önemlidir (3).

Çocuklar için hastaneye yatmadaki anksiyete kaynakları, aileden ayrılma, kendisine zarar gelecek düşüncesi, damar içi uygulamalar, operasyon geçirmek, ölüm, ağrı ve kontrol kaybı yaşamalarıdır. Hastanede kalan çocuğa her türlü desteği sağlamak amacı ile ebeveynlerle olan ilişkisinin devam ettirilmesi önemlidir (4).

Bakım verme; bakım sunma faaliyetlerini ve sorumluluklarını üstlenme sürecidir. Aileler hasta bireye bakım sunulmasında önemli rol oynamaktadırlar. Bakım verme; hasta ile yakınlığın ve sevgi bağının artması, bakım verme tecrübesi ile çevresindeki kişilerden destek alma, kendisinde oluşan bakım vermeden dolayı gelişim ve doyum sağlama, kendine saygı duyma, yakın ilişkilerin gelişmesi gibi olumlu yanlarının dışında birçok güçlükte yaşanabilmektedir (5). Bakım verenler sorumlulukları ve rolleri yüzünden çoğu zaman önceden var olan ilişkilerden ve sosyal aktivitelerden izole edilmiş hale gelirler (6).

Çocuğun hastaneye yatışı, tüm aile üyelerinin belli başlı görevlerinde değişikliklere neden olmaktadır. Aile içinde yaşanan görev değişikliklerinin yanı sıra hastanenin farklı bir ortam olması, yabancı araçlarla tanışmaları ve çocuğun bakımındaki sorumluluklarının değişmesi ebeveynlerin anksiyete yaşamalarına neden olmaktadır. Ailelerin hastane ortamında çocuklarının bakımına katılabilmeleri için yatışı yapılan ortamı tanınması ve sağlıklı olmaları gerekir. Bu süreçte çocuğun kliniğe yatışının yapıldığı sürede aile ve çocuklara klinik tanıtımının yapılması, uyulması gereken kuralların bildirilmesi, çalışanlar hakkında bilgi verilmesi ve çocuğun yatışından

itibaren tedavi süresince sonuçların eksiksiz bir şekilde aile ile paylaşılması Aile Merkezli Bakım ile ilişkili önemli hemşirelik uygulamalarıdır (7).

Aile merkezli bakım sağlık politikaları ile programları, hastalar, ebeveynler, hekimler ve diğer sağlık çalışanları arasındaki çocuğa yapılan uygulamalardaki etkileşimi şekillendiren bir sağlık bakımı yaklaşımıdır. Başka bir ifade ile aile merkezli bakım sağlıkla alakalı kararlarının alınmasında bir ortaklık yaklaşımı olarak tanımlanmıştır (8).

Ebeveynlerin çocuğun bakımına katılımında en önemli gelişme İngiltere Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Platt Raporu (1959) ile başlamıştır. Raporda çocuğun hastaneye yatışı süresince ebeveynleri ile birlikte olması, hastanede refakat edecek ebeveyn için fiziksel koşulların sağlanması, ebeveynlere tüm gün boyunca çocuğunu ziyaret etme imkanı verme vb. düzenlemeler yapılmasının gerekliliği vurgulanmıştır (9, 10).

Geçmiş yıllarda hemşire ve diğer sağlık üyeleri profesyonel sağlık hizmetlerinin daha uygun ve yararlı olduğu gerekçesi ile aileleri bakıma katmamayı tercih etmişlerdir. Ancak çocukların ebeveynlerinden ayrı kalmalarının çocuğun fiziksel, bilişsel ve psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkilediği için aile merkezli bakım uygulamaları yaygınlaşmaya başlamıştır (11).

Ebeveynlerin hastane ortamında yaşadıkları anksiyetenin çocuğun da anksiyetesini arttırdığı görülmüştür. Çocuğun enerjisinin büyük bir bölümünü anksiyetesi ile başatmak için harcaması iyileşme sürecini kötü yönde etkilemektedir. Bu nedenle, pediatri alanında çocuk ve ebeveynlerin anksiyetesini azaltmak ve iyileşme sürecini hızlandırmak için aile merkezli bakım yaklaşımı önerilmektedir (12).

Bu çalışmada; pediatrik yoğun bakım ünitelerinde bakıma katılan ebeveynlerin bakım verme etki düzeyleri ile aile merkezli bakım arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

4-GENEL BİLGİLER

Yoğun bakım üniteleri, yaşamsal tehlikesi olan bireylere, en iyi anlamda faydalı olabilmek için kullanılan birçok yaşam kurtarıcı ekipmanların olduğu, ekip anlayışının çok fazla önemli olduğu tedavi ve bakım alanları olarak bilinmektedir (13, 14).

Yoğun bakım üniteleri hastaların iyileşmelerini amaçlar, yerleşim biçimi ile hasta bakımlarının daha ayrıcalıklı olduğu, genellikle gelişmiş ekipman ve cihazlarla donatılmış, hastaların günün her saati vital bulgularının ve hastalığın seyrinin takip edildiği multidisipliner bir ekibin bulunduğu kritik alanlardır. Bu multidisipliner ekibin en önemli üyelerinden birisi de yoğun bakım hemşireleridir. Yoğun bakım hemşireliği, bireyi sağlıklı olabilmesi için en iyi duruma getirmek ve yaşamına doğrudan etki eden bireysel bakımını sağlamayı amaçlamaktadır (15, 16).

İnvazif işlemlerin sık sık uygulandığı, morbidite ve mortalite oranlarının diğer alanlara göre yüksek olduğu yoğunbakım ünitelerinde, hemşirelik bakımı ön plandadır. Yoğun bakım hemşiresi ünitesindeki hastayı tanıyan, hastaya ait verileri toplayan, bulunan verileri yorumlayan ve verileri değerlendiren profesyonel sağlık çalışanıdır. Yoğun bakım ünitesinde hastanın klinik seyrinin belirlenmesinde hemşirenin gözlemleri ve bildirimleri büyük önem taşımaktadır. Hemşire, hastanın fiziksel durumunu çok iyi değerlendirmeli, muayene yöntemlerini duruma göre kullanabilmeli, hemşirelik tanımlarını hastaya uygun belirlemeli, kan gazı ve laboratuvar bulgularını analiz edebilmeli, monitörde oluşan ani değişimleri farkedebilmeli ve hastada olan tüm gelişmeleri düzenli bir şekilde kayıt altına alabilmelidir (14).

4.1. BAKAS BAKIM VERME

Türk Dil Kurumu'na göre bakım; bakma işi, bir şeyin iyi olması, iyi bir durumda seyrini devam ettirebilmesi için gösterilen çaba ve emek, emek verme biçimi, birinin yemek yemesi, giyinme vb. ihtiyaçlarını yerine getirme ve sağlama işi olarak tanımlanmaktadır (17).

Bakım verme; bakım uygulamalarını yerine getirebilme ve oluşabilecek yükümlülükleri üstlenmektir. Aileler hasta bireye bakım sunulmasında önemli bir rol oynamaktadırlar. Bakım verme; büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğün de yaşanmasına yol açabilmektedir (18). Bakım verenler sorumlulukları ve rolleri yüzünden çoğu zaman önceden var olan ilişkilerden ve sosyal aktivitelerden izole edilmiş hale gelirler (19).

Bakım; tek defalık kişiye yapılan yardımdan, devamlı olarak uzun süren yardıma kadar oldukça fazla bir alanı kapsayan, ebeveynlerin ilgi ve desteğinden hastanedeki sağlık profesyonellerinin yardımına kadar uzanan çok yönlü bir terimdir (20).

Bakım verme ikiye ayrılır. Formal ve informal olarak incelenir.

4.2. Formal Bakım Verme

Evde veya hastane ortamında alanında uzman bakım uygulamalarını etkin bir şekilde kullanan ve bu hizmeti sunan profesyonel ekip tarafından hastalara verilen bakıma formal bakım denir (21). Evde formal bakım sağlamak için alanında eğitim almış hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmetliler, beslenme ve diyet uzmanları, evde bakım yardımcılarıdır (19, 22).

4.3. İnfomal Bakım Verme

Bakım veren kişinin ilgilendiği hastasına yardım etmek amacıyla olayı üstlenmesidir (23). İnfomal bakım verenler maddi bir karşılık beklemeden manevi boyutunu düşünerek ve kendilerine düşen sorumluluğu yerine getirmek için evde bakım sağlayan aile üyeleri veya arkadaşlarıdır (19).

Primer olarak hasta ile ilgilenenler infomal bakım verenleri oluşturmaktadır. Primer bakım vericiler, bakım verdikleri hastanın tüm yaşamsal ihtiyaçlarına yardım eder, evdeki süreçlerine ve bakımlarına yardımcı olur, hastanın bir yerden bir yere gitmesini, hastanın bakım ve tedavi koordinasyonunu ve diğer aile üyelerinden gelen bakım ihtiyaçlarının yapılması gibi çok boyutlu görevler üstlenmektedirler. Aile merkezli bakımda primer bakım vericiler ebeveynlerdir (19).

Bakım verme süreci aile üyeleri arasında eşit bir şekilde pay edilmez. Genellikle eşler kronik hastalıklı kişinin yapılacak bakımını üstlenmiştir. Bakım verenlerin büyük çoğunluğu kadınlardır (24). Kadınların bakım vermeye uygun görülmesinin sebebi ise; genellikle çevredekilerden kaynaklı olarak ev işleri ve ailenin sorumluluğunun kadında olması bu durumun normalmiş gibi görülmesine neden olur (25). Ayrıca kadınların duygusal yapıları nedeni ile daha yardımsever, daha duyarlı, daha sıcak ve samimi yapıya sahip oldukları ve erkeklere göre bakım verme uygulamalarında karşılaşılacak zorlukları erkenden fark etme ve baş etme yöntemleri, kadınların bakım uygulamaları için daha uygun olduklarını belirtmektedir (26, 27).

4.4. Bakım Verme Güçlüğü

Bakım verme güçlüğü; kronik hastalığı bulunan bireye ya da herhangi bir hastalığından dolayı bakıma muhtaç olan hastasına bakım vermede aile üyesinin zor zamanlar geçirmesi, sıkılması, kendini baskı altında görmesi veya büyük bir yük altında hissetmesi olarak tanımlanmaktadır. Bakım verme güçlüğü, bakım verenlerin fiziksel, psikolojik, emosyonel, sosyal ve ekonomik sorunlarına bir tepkidir. Literatürde bakım sağlayan kişilerin, çaresiz olduğu, suçluluk, öfke ve korku duygularını fazlaca yaşadıkları, sosyal olarak kendilerini soyutladıkları belirtilmektedir (23, 27).

Bakım verme uygulamalarında, bulunduğu konumunu yitirme, bedensel ve psikolojik olarak dengesizlik, özgürlüğün elinden alınması, işteki çalışma yapısını değiştirme ve bu duruma bağlı gelişen maddi sıkıntılar, eş, aile ya da sosyal çevre ile ilişkilerde problemler yaşanmaktadır (28).

4.4.1. Bakım Vermede Fiziksel Güçlükler

Bakım veren kişilerin beden sağlığında problemlerin ortaya çıkması yorgunluk, depresyon ve anksiyete artışına neden olabilmektedir. Bakım verme nedeniyle kişilerde hazmedememe, yemek yemede değişim, iştahsızlık ve baş ağrısı gibi şikayetler artmaktadır. Ayrıca kronik yorgunluk, kilo alımında artış veya azalış, uyku düzeninde bozukluk, ağrı problemleri, odaklanma sorunu, giyimde dağınıklık ve bakım veren bireyin kişisel bakımına zaman ayıramama nedeniyle sağlığında bozulma görülmektedir (19).

Fiziksel sağlıkta problemler açısından bakım veren kişilerin vermeyenlere oranla hastalık, hastalık belirti ve bulguları, sağlık hizmetinden yararlanma, kalp hastalığı gibi hayatlarında belirgin değişiklikler yaşadıkları ortaya çıkmıştır (27, 29).

4.4.2. Bakım Vermede Emosyonel Güçlükler

En yaygın görülen belirtiler anksiyete ve stres de artıştır. Bakım veren kişiler kendi yaşamları üzerindeki otokontrollerini kaybettiklerinin farkındadırlar. Bu sebeple güçsüzlük, beklentilerini karşılamadaki başarısızlık nedeniyle kendi iç dünyalarında suçluluk duygusu yaşayabilmektedirler (27, 30).

Bireyler bakımdan etkilenerek anksiyete duygusunu tüm yaşamına uygulayabilir. Stresli olan ya da kendini ifade edemeyen kişilerden daha fazla depresyon semptomları görülebilir. Yaşanan problemlerin neden olduğunun sorgulanması, bakım verme ile ilgili baskı ve kaygıları azaltmada önemlidir (19, 23).

4.4.3. Bakım Vermede Sosyal Güçlükler

Kendisine muhtaç olan hastasına bakım verme, sosyal hayatta kişiler arası sorunlara da yol açmaktadır. Ebeveynler yaşamlarını genellikle hasta kişinin gereksinimlerini nasıl rahat karşılayacaksa o şekilde yapılandırmakta ya da çevresindeki kişiler tarafından böyle bir düzenleme yapması beklenmektedir (18, 27).

Aile, arkadaş çevresi ve sosyal hayatlarından ödün veren birincil bakım verenin, birçok kendini eğlendiren, vakit geçirmesini sağlayan aktiviteleri kısıtlanmakta, bu nedenle de sosyal destekte azalma, kendilerini yalnız kalmış hissetme ve izole yaşama olasılığı artmaktadır (31).

4.4.4. Bakım Vermede Ekonomik ve İş ile İlgili Güçlükler

Ekonomik sorunların en başında, sağlık güvencesi tarafından karşılanmayan hastaneden istenen ilaç ve bakım malzemeleri masraflarının kişilere ekstra yük oluşturmasıdır. Bakım veren kişinin iş saatlerin de değişim ya da iş yerinden ayrılış gerçekleşir. Bakım verme nedeni ile işlerinden çıkmak ya da çıkartılmak zorunda kalan bireyler maddi olarak genellikle daha fazla zorlandıklarını ifade ederken, çalışma ve emekliliğin avantajlarından, kişisel doyumdan ve kazançtan vazgeçmek zorunda kalabilmektedirler (27).

4.5. AİLE MERKEZLİ BAKIM

19. yüzyılın ortalarında çocuk kliniklerinde ebeveynler çocuğun yanında bulunmadığında çocuğa verilen bakımın daha kolay ve hızlı olduğu, hemşirelerin hasta çocukla baş etme süreçlerinde annelerin bulunmasına göre bakımın daha iyi olabileceği düşüncesi vardı (32).

Hemşire Florance Blake (1954) aileler ve sağlık profesyonelleri arasında çocukların tedavileri ve bakım uygulamaları ile ilgili yapılan iş birliğinin yararlı sonuçlarını ortaya koyan ilk araştırmacıdır. Aile Merkezli Bakım'ın kabul edilmesinde önemli bir gelişme 1959 yılında İngiltere'de yayınlanan Platt Raporu'dur. Bu raporda çocukların hastaneye yatmasından itibaren aileleri ile yan yana bulunmaları, aile üyelerine günün tüm saatlerinde çocuklarını ziyaret etme hakkının verilmesi ve hastanelerde değişik yaş gruplarına yönelik düzenlemeler yapılması gerektiği belirtilmektedir (3).

1970 ve 1980'li yıllarda ailelerin hastanede yatışı yapılan çocuklarının bakım uygulamalarına etkin bir şekilde katılımlarının sağlanması, hastanede yatan çocukların duygusal ve gelişimsel tüm gereksinimlerinin karşılanması ve 1990'lı yıllarda aile merkezli bakım felsefesinin kabullenilmesine katkıda bulunmuştur (33, 34).

20. yüzyılın ikinci yarısından sonra sağlık bakımında ön planda bulunan aile merkezli bakım kavramı ortaya çıkmıştır. Holistik bakış açısıyla aile, çocuğun yaşamında temel yapıtaş olarak görülmüş ve hemşirelik hizmetleri, ebeveynin çocuğun bakım uygulamalarına katılımını sağlayacak şekilde planlanmaya başlanmıştır (3).

Yirmibirinci yüzyılda çocuk hemşirelerinin temel felsefesi aile merkezli bakım, çocukların ve ebeveynlerin sağlıklarını geliştirerek ve sağlık bakım etkileşimlerini değiştirerek "Aile Merkezli Bakım Modeli" çocuk alanındaki profesyonel sağlık çalışanlarında temel faktör haline gelmiştir. Bu dönemde ailelerin bakımda aktif rol alması ile hastanede yatışı devam eden çocukların her türlü ihtiyaçlarının karşılanması aile merkezli bakım felsefesinin kabul edilmesinde oldukça etkili olmuştur (4).

Günümüzde pediatri alanındaki sağlık profesyonelleri aile merkezli bakım uygulamalarını kabul etmesine rağmen alandaki uygulamalarda etkin bir şekilde uygulanmadığı farkedilmektedir. Bu durum, çocuk hastalıkları alanında çalışan sağlık personellerinin aile merkezli bakım uygulamalarını desteklediklerini ancak bakım uygulamalarına aktif bir şekilde yansıtılmamalarından kaynaklandığını belirtmişlerdir (4).

Aile merkezli bakım anlayışı; sağlıklı bireylere kavuşmada ebeveynlerin çok büyük bir rolü olduğunu kabul eden bir bakım uygulamasıdır. Aile merkezli bakım anlayışı, sağlık bakım alanlarında planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarında ailelerin sürece dahil olmalarını arttırır. Association for Care of Children's Health, aile merkezli bakımı, çocuğun sağlıklı birey olmasında aileyi yaşamın tam ortasına yerleştiren bir bakım felsefesi olarak tanımlamıştır (35).

Aile merkezli bakımın ebeveynler üzerine etkisi incelendiğinde; çocuğunun hastalığı ve tedavisi hakkında bilgilendirilen, bakım uygulamalarına katılmasına izin verilen ve karar verme sürecine dahil edilen ebeveynlerin daha az anksiyete yaşadığı görülmüştür. Yapılan başka çalışmalarda da; aile üyelerinin hastanede yatan çocuklarının yanında bulunma, çocuklarının bakımına katılma, çocuklarının durumu, tanı ve tedavileri hakkında bilgilendirilme, sağlık çalışanları tarafından endişe ve sorunlarının dinlenilmesi, sorularının ve merak ettiklerinin cevaplandırılması ve servise oryante edilme gereksinimlerinin olduğu bildirilmektedir (36).

Aile merkezli bakım uygulamaları çocukların ebeveynlerden ayrı düşünülmemeyeceğinin, ebeveynin bilgilendirilmesi ve bakıma katılımının öneminin farkına varılması ile birlikte hızla gelişmeye başlamıştır (37, 38, 39). Bakım verme; hasta ile yakınlığın ve sevgi bağının artması, bakım verme tecrübesi ile çevresindeki kişilerden destek alma, kendisinde oluşan bakım vermeden dolayı gelişim ve doyum sağlaması, kendisine saygı duyması, yakın ilişkilerin gelişmesi gibi olumlu yanlarının dışında birçok güçlükte yaşanabilmektedir (5). Bakımı üstlenme sonucu birincil bakım verenlerin emosyonel stres, fiziksel hastalık durumunda artma, sosyal aktivitelere katılımında azalma, yaşam kalitesinde bozulma, aile üyeleri ile ilişkilerde, ekonomik ve iş yaşamında pek çok güçlük gibi birçok problemleri yaşadıkları belirlenmiştir (27). Aile merkezli bakımın dört temel unsuru bulunmaktadır.

İtibar ve saygı; sağlık profesyonelleri çocuğun bakımına katılan ebeveynlerin değerlerine, inançlarına, hayata bakış açlarına saygı duyarlar ve hastalara uyguladıkları bakımı kişisel tercihler doğrultusunda yapmaya çalışırlar.

Bilgi paylaşımı; sağlık çalışanları hastaları ile alakalı her türlü bilgi ve belgeleri hastaların ebeveynlerine yanlışsız ve ön yargısız bir şekilde düzenli olarak aktarırlar.

Ailenin bakımda yer alması; Aileler çocuklarının bakımında yer almaya cesaretlendirilir ve hastalarıyla alakalı gerekli olan bakıma karar vermeleri için yönlendirilirler.

Aile ile iş birliği; Ebeveynlerin bakım uygulamaları ile ilgili eğitim programların geliştirilmesinde ve sağlık bakım profesyonellerin eğitiminde sağlık çalışanları ile iş birliği içinde olmasını sağlarlar (4, 41).

Aile Merkezli Bakımın ülkemizdeki durumuna bakıldığında, ailelerin çocukları ile hastane ortamında beraber vakit geçirmelerine ilişkin belirli bir kuralın olmadığı ve hastanelerdeki uygulamalar arasında değişikliklerin bulunduğu gözlenmektedir (7).

4.6. Aile Merkezli Bakım Prensipleri

Amerikan Pediatri Akademisi 1993 yılında ailelerin görüşlerini dikkate alarak aile merkezli bakımın 10 prensibini standartlaştırmayı amaçlamıştır.

1. Aile merkezli yenidoğan bakımı, aile ile çalışan ekip arasında her türlü hasta hakkındaki konularda açık ve dürüst bir şekilde iş birliğine dayanmalıdır
2. Ailelerin profesyonel ekiple beraber karar alma aşamalarında yer alabilmeleri için anlaşılır şekilde tıbbi bilgiye erişme, tedavinin olumlu veya olumsuz yönleri ile ilgili bilgilere ulaşma, bebekleri benzer konumda olan diğer ailelerden bilgi edinme ve sağlık çalışanları ile birlikte vizitlere katılma hakları olmalıdır.
3. Diğer alanlara göre mortalite ve morbidite oranlarının yüksek olması, invaziv girişimlerin yapılacağı zaman, gerekli olan tıbbi bilgilendirmenin ailelere yapılarak bebekleri için uygulanacak tedavi konusunda karar verme hakları olmalıdır.
4. Riskli hamilelik döneminde ve doğum öncesi, ailelere gebeliğin sonuçlanabileceği olumsuz durumlar hakkında gerekli bilgi verilmeli ve ailelere hasta olarak doğabileceği bebekleri için gerekli zaman verilerek değerlendirme imkanı sunulmalıdır.

5. Aileler ve profesyonel ekip, bebeğin yoğun bakım yatışı esnasında oluşabilecek ağrıyı minimum seviyeye indirmek için birlikte çalışmalıdırlar.

6. Aileler ve ekip üyeleri, ünitelerde bebek hastalar için uygun sağlıklı ortamı sağlamak için birlikte yol almalıdır.

7. Aileler ve ünite çalışan personeller, yenidoğana uygulanan tedavilerin etkinliğini ve güvenilirliğini ortaya çıkarmak için birlikte çalışmalıdırlar.

8. Aileler ve ekip çalışanları, ailelerin hasta çocuklarının bakımında birincil kişi olmaları için cesaretlendirecek servis politika ve programlarının geliştirilmesinde birlikte çalışmalıdırlar.

9. Aileler ve profesyonel ekip, yenidoğan yoğun bakım ünitesinden taburcu olan tüm yüksek riskli çocukların düzenli olarak ileride oluşabilecek problemleri için birlikte çalışmalıdırlar.

10. Aileler ve profesyonel ekip, yeterli olmayan tedavinin nasıl bir etkisi olmadığı biliniyorsa aşırı tedavinin de bebeklere zarar getirebileceği riski ve izlemde sekelli olarak takip edilecek bebeklerin ihtiyaçlarının bilincinde olarak gerekli çabaları geliştirmelidirler (42). Ülkemizde ebeveynlerin çocuklarıyla beraber hastanede kalabilmelerine ilişkin yasal düzenlemeler incelendiğinde; Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği'nin hastalara refakat şekli ve koşulları ile ilgili maddesinde; ebeveynin çocuğun yanı başında kalabilmesi servislerde sorumlu uzmanların ve başhekimlerin bireysel görüşlerine bağlı kalmaktadır. Ayrıca 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 108. maddesinde de ebeveynlerin çocuklarının hastalığı halinde 6 ay ücretsiz izinli olabilmelerine ilişkin bir madde yer almaktadır (43).

4.7. Aile Merkezli Bakımın Yararları

Aile merkezli bakım'ın çocuk, ebeveyn ve pediatri hemşireleri açısından yararları bulunmaktadır.

4.7.1. Aile Merkezli Bakımın Çocuklar Açısından Yararları

Çocuğun hastanede yattığı süre zarfında ailenin çocuğuyla beraber olması, çocuğun stres düzeyini azaltır, çocuğun hastalığına, hastane ve tedavi bakım uygulamalarına daha iyi uyum sağlamasını, yoğun bakım ekibi ve ailenin etkin iletişim kurmasını, daha hızlı bir iyileşme dönemi geçirmesini sağlar. Kısacası annenin varlığı ve bakım uygulamalarına katılması, çocuğun fizyolojik, psikolojik ve sosyal sağlığını olumlu şekilde etkilemektedir (3). Aile merkezli bakım ile çocuğun güven duygusu artar, hastanede yatış süresi azalır, çocuk daha az ağrı hisseder. Büyüme ve gelişme artar. Aile Merkezli Bakım çocuğun bakım memnuniyetini artırır ve hastaneye uyumunu kolaylaştırarak davranışsal sorunları ve anksiyeteyi azaltır (35).

4.7.2. Aile Merkezli Bakımın Ebeveyn Açısından Yararları

Aile merkezli bakım ebeveynlerin hastaneye uyum sürecini kolaylaştırır, çocuk ile olan iletişimini artırır, memnuniyet düzeyini artırır, hastanede bulunduğu süreçte anksiyete seviyesi azaltır (35).

Çocukların hastaneye yatışının yapılması tüm ailenin düzenini bozan bir olaydır. Ailedeki fertlerin hasta olan çocuğun iyileşme sürecine ilişkin kaygıları, hastane ortamının bilinen bir yer olmaması, ilk defa görülen korkutucu teknolojik araçlarla karşılaşmaları, çocuğun bakımında aktif bir şekilde rol alamayınca kendilerini önemsiz hissetmeleri, çocuğun hastalığı nedeniyle kendilerinde oluşan suçluluk hissini ortaya çıkması, çocuğun hastanede olmaya bağlı yaşadıkları bakım ve tedavi için gerekli maddi harcamalar gibi nedenler aile üyelerinin stres, anksiyete ve depresyon yaşamalarına da sebep olabilir (8, 45).

4.7.3. Aile Merkezli Bakımın Pediatri Hemşireleri Açısından Yararları

Aile ile çocuk arasındaki sevgiye dayalı güçlü ve destekleyici bağ çocuk için en önemli destek kaynağıdır. Bu nedenle ebeveynin çocuğun bakım ile alakalı uygulamaların her aşamasına dahil edilmesi gereklidir (8).

Pediatric hemşireleri çocuk ve aile ile en yakın ilişkiyi kuran sağlık profesyoneli olduğu için aile merkezli bakımda anahtar rol oynar (47).

Aile merkezli bakım modeli, pediatri alanındaki hemşirelerinin iş doyumunu artırır ve hasta hakkında bakım konusunda klinikte alınacak kararları geliştirir (4). Aile merkezli bakım hemşirelerin iş bırakmalarını azaltır, iş doyumunu artırır, klinikte karar alma süreçlerini geliştirir (35).

4.8. Geleneksel Bakım ve Aile Merkezli Bakım Arasındaki Farklılıklar

Geleneksel bakımda; Sağlık çalışanları bilen kişidir. Hasta'nın görüşü, kültürel ve dini inanışları ve hastanın psikososyal yapısına önem verilmez, bakımda ebeveynin rolü yok denecek kadar azdır, invaziv işlemlerde ebeveyn hastanın yanında bulunmaz, hastalıkla alakalı bilgilendirme yapılmaz, ameliyat öncesi hazırlık süreci minimal düzeydedir, ağrı yönetimine tepkili yaklaşım vardır (35). Geleneksel bakımda hemşireler hastanın beslenme, kişisel bakım ve hijyen gibi ihtiyaçlarını karşılar, hastanın psikososyal yapısına önem verilmez. Bakım uygulamalarında ailenin rolü çok azdır (4).

Aile merkezli bakımda; sağlık bakım profesyonelleri hastanın bakımı için verilecek kararlarda hasta veya ebeveynleri ile sürekli iş birliği sağlar. Hastanın bakımı planlanırken hastanın tüm istekleri göz önünde bulundurulur. Kültürel ve dini inanışlarına, psikososyal yapısına önem verilir. Bakımda ailenin rolü primerdir. İnvaziv işlemlerde ebeveynler çocuğa destek sağlama açısından önemlidir ve ebeveyn katılımı sağlanır. Komplikasyonlara yönelik açık ve şeffaf bilgi paylaşımı vardır. Kapsamlı bir şekilde ameliyat öncesi hazırlık yapılır. Ağrı yönetimine etkin yaklaşım sağlanır. Yapılan araştırmalar; aile ve hastanın yaşam kalitesini analiz eder. Yoğun bakım ekibi hastayı ele alırken bilişsel, duygusal ve sosyal gereksinimlerine uygun hastaya gerekli olan bakım uygulamalarını seçilir ve uygulanır (4).

4.9. Aile ile Etkili İletişimi Sağlamada Kullanılan Modeller

4.9.1. Learn (Listening Explaining Acknowledging Recommending Negotiating) Modeli

Aile merkezli bakımın temelini hastanın ilk yatışında alınan anemnez bulguları oluşturur. Aile ile çocuk arasındaki güçlü sevgi bağı hasta çocuklar için çok önemlidir. Çocuk ile görüşme yapılırken çocuğun yaşı, hastalığı, algılama seviyesi ailenin özellikleri göz önünde bulundurularak çocuğa uygun telapatik iletişim teknikleri seçilmelidir (48). Kullanılan beceri ve teknikler, aile ve çocuk arasındaki iletişimi kolaylaştırır. Berlin ve Fowkes (1983) iletişim yapısının değerini **LEARN Modeli** ile öne çıkarmıştır ve bunun hemşireler ve ebeveynler arasında kullanılması gerektiğini vurgulamıştır (49).

LEARN Modeli, ailenin ihtiyaçlarına, hemşirelerin farklı problemlerde kendi bakış açılarındaki benzer ve farklı bilgileri onaylamak için birbirlerini dikkatle dinlemelerine ve çocuk bakımına yönelik tartışmalara odaklanmıştır (32).

Farklı hasta gruplarıyla iletişim kurmayı kolaylaştırmayı, kültürel farklılıkları aşmayı ve iletişimi güçlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu model, sağlık bakım hizmeti veren kişilere rehberlik eden bir dizi kılavuzdan oluşmaktadır (50).

L (listening) Dinleme: Sempati ile dinleme ve ailenin bakış açısını anlamaya çalışması

E (explaining) Açıklama: Sağlık profesyonellerinin kendi bakış açılarını açıklaması

A (acknowledging) Bilgilendirme: Ebeveynlerle farklılıkların ve benzerliklerin tartışılması ve ortaya çıkan çatışma alanlarının belirlenmesi ortak karara varılarak çözümlenmesi

R (recommending) Tavsiye etme: Aileye tedavi veya bakım ile alakalı plan tavsiye etmesi

N (negotiating) Uzlaşma: Planlanmış olan tedavi veya bakım uygulamalarına ilişkin hastanın kültürel, dini sosyal yaşam biçimi düşünerek birlikte uzlaşmaya varması (35).

Çocuk sağlığı hemşiresinin, aileleri bakım uygulamaları hakkında eğitici rolü vardır. Bu eğitimin, çocuğun hastaneye yattığı günden başlayıp eve taburcu oluncaya kadar karşılaşılan durumlara göre sürekli olarak devam etmesi önemlidir. Hemşire, ailenin, bakım uygulamaların artık doğru ve etkin şekilde yapabileceğinden emin olmalıdır (51). Hemşire, hastanede ailenin bakım uygulamalarını yapmasını sağlayarak, ebeveynleri çocuğun evdeki bakımına hazırlamalıdır. Bu nedenle aile merkezli bakım uygulamaları, hemşirelerin eğitici ve danışmanlık rollerini daha aktif bir şekilde kullanmalarını gerektirir (33).

4.9.2. Karşılıklı Katılımlı Hemşirelik Bakım Modeli

Curley'in (1988) bu modeli, kritik hasta çocukların ve ebeveynlerinin hemşirelik bakım uygulamalarında bireysel yaklaşım felsefesini benimseyen bir modeldir. Ebeveynler, çocukları için neyi nasıl yapacaklarını bilirler ancak yoğun bakım için neyin nasıl uygun olduğunu ya da kendisi gibi başka ebeveynlere yardımcı olacak stratejilerin neler olduğunu bilemezler (52).

Modeli Pediatrik Yoğun Bakım Ünitelerinde kişiselleştirmek, hemşirelik etkileşimleri için bir yapı sağlar. Aile merkezli bakım modelini uygularken, sağlık profesyonelleri ve ebeveynler arasındaki etkileşimi güçlendirmede kullanılan bir modeldir. Model, ebeveynin üzerine düşen uygulamaları açıklar, kritik hasta çocuklarıyla ebeveynlerin aktif olarak ilgilenmelerini destekler ve yabancı bir ortamda ebeveynlerin rollerini güvenle devam ettirmelerini sağlar. Bu modelin kritik özelliği, ailelerin ve profesyonel sağlık ekibinin ilişkilerinin eşit düzeyde olması, karşılıklı birbirlerine bağımlı olmaları ve ebeveyn ile hemşire arasında karşılıklı memnuniyetin olmasıdır (52).

Model, ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Modelinde ki gibi bakımı planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarında hem ebeveynin hem ekibin aktif olmasına dayanır. Aile Merkezli Bakım Modeli Felsefesinde de tüm bakım uygulamalarında ebeveyn, hasta çocuk ve sağlık profesyonelleri arasında karşılıklı olarak sağlanan bilgi alışverişi ve işbirliği önerilmektedir (53, 35).

4.10. Aile Merkezli Bakım Konusunda Yapılan Çalışmalar

Kanada, ABD gibi gelişmiş birçok ülkenin çocuk hastanelerinde hasta çocuklara aile merkezli bakım uygulamalarının verildiği ve aile merkezli bakım hastanelerinin belirlemiş olduğu kurum politikaları ile uygulandığı görülmektedir. Model sağlık çalışanlarının ailelerden anlayış beklediklerini, ortaya çıkan olaylar karşısında tek taraflı bakılmaması gerektiğini ve ailelere de empati ile yaklaşmalarını belirtmektedir. Hemşireler ebeveynlere iş bölümünde görev üstlenmeleri için yardımcı olurlar, başarılı olmaları için önce kendileri yapar gösterir, öğretir ve daha sonra gerekli eğitimleri uygulamalı olarak sağlarlar. Karşılıklı tedavi edici ilişkiler yoluyla ebeveynlerin ve hemşirelerin öz-farkındalık ve anlayış geliştirdikleri belirtilmektedir (4).

Türkiye’de aile merkezli bakım uygulamaları ile yapılan çok yönlü araştırmalarda, ailelerin çocuklarının tedavi süreci ile ilgili karar verme sürecin de pasif kaldıkları, tedavi uygulamalarından çok hastanın kişisel bakım uygulamalarına aktif bir şekilde katıldıkları, aileye yeterli düzeyde açıklama yapılmadığı, aileler çocuklarıyla ilgili kaygılandıklarını, alanda çalışan ekibin aileleri tedavi sürecine dahil etmedikleri belirtilmektedir (4).

5- MATERYAL VE METOD

5.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma pediatrik yoğun bakım ünitelerinde bakıma katılan ebeveynlerin bakım verme etki düzeyleri ile aile merkezli bakım arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

5.2. Araştırma Soruları

1. Pediatrik yoğun bakım ünitelerine yatışı yapılan çocuklara aile merkezli bakım veriliyor mu?
2. Pediatrik yoğun bakım ünitelerinde yatan çocukların ebeveynlerinin bakım verme etki düzeyleri nedir?
3. Pediatrik yoğun bakım ünitelerinde bakıma katılan ebeveynlerin bakım verme etki düzeyleri ile aile merkezli bakım arasında ilişki var mı?

5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul'da bulunan bir özel hastanenin pediatrik yoğun bakım ünitesinde gerçekleştirildi. İstanbul Medipol Üniversitesi ve uygulama yapılan özel hastanenin Etik Kurullarından gerekli izinler alındıktan sonra uygulandı. Veriler 2020 Ocak ve Ağustos ayları arasında toplandı. Araştırma zaman dağılımı Tablo 5.3.1.'de verildi.

Tablo 5.3.1. Araştırma Zaman Dağılımı

Literatür tarama	AĞUSTOS 2019- EYLÜL 2020
Araştırma önerisi sunumu	OCAK 2020
Anket hazırlanması	ARALIK 2020
İzinlerin alınması	ARALIK 2020
Veri toplama	OCAK 2020-AĞUSTOS 2020
Verilerin analizi	EYLÜL-EKİM 2020
Tez yazım	HAZİRAN-KASIM 2020

5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; İstanbul’da bulunan özel bir vakıf üniversitesi hastanesinin pediatrik yoğun bakım ünitesine yatışı yapılan ve yanında ebeveyni bakıma katılan tüm çocukların ebeveynleri oluşturdu. Araştırma da örneklem seçimine gidilmemiş olup, pediatri yoğun bakımda çocuğu yatan araştırmaya katılmaya gönüllü 110 ebeveyn oluşturdu.

5.5. Veri Toplama Tekniği

Veriler “Tanıtıcı Bilgiler Formu” (EK1), “BAKAS Bakım Verme Etki Ölçeği” (EK2) ve “Aile Merkezli Bakım Ölçeği” (EK3) kullanılarak toplandı. Ebeveynler’e araştırma hakkında gerekli açıklamalar yapıldı ve onamları alındı. Araştırmaya katılmaya gönüllü ebeveynlerden anket toplama yöntemi ile veriler toplandı.

5.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan “Tanıtıcı Bilgiler Formu”, “Aile Merkezli Bakım Ölçeği” ve “BAKAS Bakım Verme Ölçeği” kullanılarak toplandı.

Tanıtıcı Bilgiler Formu; 3 kısım ve 16 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölümde çocuğa ilişkin tanıtıcı bilgiler (yaş, cinsiyet, tanı, yatış süresi), ikinci bölümde ebeveyne ilişkin tanıtıcı bilgiler (yaş, eğitim durumu, çocuk sayısı, gelir durumu ve SGK), üçüncü kısımda ise çocuğa verilen bakım uygulamalarına ait sorular yer aldı (cihaz uygulaması, aspirasyon uygulaması, ilaç uygulamaları, beslenme uygulamaları, öz bakım gereksinimleri ve diğer bakım uygulamaları).(EK1)

BAKAS Bakım Verme Ölçeği; 1994 yılında ölçeğin adına soyadını veren Hemşire Tamily BAKAS tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Can ve Cavlak tarafından 2010 senesinde Türkçe geçerlik güvenilirliği yapılmıştır (EK2).

BAKAS Bakım Verme Etki ölçeği bir hastaya bakım vermeden kaynaklanan yaşamdaki muhtemel değişikliklerle ilişkilidir. Bakım verenlerin yaşantılarını bakım

sürecinin nasıl değiştiğini belirlemek amacıyla 16 maddeden oluşmaktadır. 16 madde bakım vermenin olumlu ve olumsuz hayatlarında ki değişiklikleri en iyi yönde (+3) ve en kötü yönde (-3) olmak üzere değerlendirmektedir. 1'den 7'ye kadar değer alan Likert tipi ölçektir. Puanlamada -3=1, -2=2, -1=3, 0=4, +1=5, +2=6, +3=7 olarak hesaplanmaktadır. Ölçekten minimum 15, maksimum ise 105 puan alınabilmektedir. Alt boyutları bulunmayan ölçekten alınan toplam puan arttıkça “hayatlarında iyi yönde değişim”, azaldıkça “hayatlarında kötü yönde değişim” yorumu yapılmaktadır. Yapılan çalışmalarda ölçeğin iç tutarlılık sayısı 0.90, test-tekrar test güvenilirliği ise 0.81 olarak bulunmuştur

Aile Merkezli Bakım Ölçeği; Curley ve arkadaşları tarafından 2013 yılında geliştirilmiş ve Altıparmak ve Taş Arslan tarafından 2015 yılında Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (Ek3). Hastane de kalındığı sürede alınan hemşirelik bakımlarını değerlendirmek amacıyla hazırlanmış bir ölçektir. Ölçek önemlilik Bölümü ve tutarlılık Bölümü olmak üzere iki kısımdan oluşur. Ölçek yedi maddeden meydana gelmektedir. Önemlilik ve tutarlılık Bölümlerinde ortak sorular yer almaktadır. Her maddeye 1 ile 5 arasında puan verilir. Hem önemlilik hem tutarlılık Bölümleri için minimum 7, maksimum 35 puan alınır. Memnuniyet derecesini saptamak için ölçek puanlamaları “Hiç Memnun Değilim=1 puan, Biraz Memnunum=2 puan, Oldukça Memnunum=3 puan, Çok Memnunum= 4 puan, Fazlasıyla Memnunum= 5 puan” olarak değerlendirilir. Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin alfa katsayısı önemlilik için 0,70 ve tutarlılık için 0,90 olarak bulunmuştur.

5.7.Güvenirlilik Çalışması

Güvenirlilik katsayısı 0.60 katsayısının altında değer alan ölçekler güvenilirliği açısından bu ölçekleri kullanmak değer ölçme açısından risk taşır. Genellikle güvenilirlik katsayısının 0.70 ve 0.90 arasında olması beklenmektedir (69).

Araştırmada kullanılan Aile Merkezli Bakım Ölçeği “Önemlilik” Bölümü alpha değeri 0.85 ve “Tutarlılık” Bölümü alpha değeri 0.83 olarak bulunmuştur. BAKAS Bakım Verme Ölçeği alpha katsayı değeri ise 0.90 olarak bulundu.

5.8. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada ortaya çıkan veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde araştırma yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma değişkenleri kullanıldı. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında pearson korelasyon ve regresyon analizi uygulandı ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi kabul edildi.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, İstanbul'da bulunan özel bir üniversite hastanesinin pediatrik yoğun bakım ünitesine çocukları yatmakta olan çalışmaya katılmaya gönüllü 110 ebeveyn ile sınırlı olup, elde edilen veriler kişisel bilgiye dayalıdır.

5.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için; İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (EK7) alınarak araştırmanın yapıldığı özel üniversite hastanesinin başhekimliğinden yazılı kurum izni alındı. Veri toplamaya başlamadan önce araştırmaya gönüllü olarak katılan ebeveynlere, araştırma hakkında kısa bir bilgi verilerek, araştırmaya katılıp katılmama konusunda tamamen özgür oldukları bildirilerek, araştırmaya katılan hastaların bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek, araştırmaya katılan ebeveynlerin kimlik bilgileri kullanılmadan araştırma yürütüldü.

5.11. Çalışmada Kullanılan Mevcut Olanaklar

Araştırmacının çalıştığı ve araştırma yapılan özel üniversite hastanesinin çocuk yoğun bakım ünitesi yönetici ve sağlık bakım profesyonel ekibi tarafından araştırmanın uygulanması, anketlerin dağıtılması ve verilerin toplanması basamağında olanak sağlandı. Ancak araştırma için maddi yönden herhangi bir kurumdan destek alınmamış olup, bütün maddi giderler araştırmacı tarafından karşılandı.

6-BULGULAR

Bu çalışma, Pediatrik yoğun bakım ünitelerinde bakıma katılan ebeveynlerin bakım verme etki düzeyleri ile aile merkezli bakım arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

Araştırma grubunda yer alan Ebeveynlerin ve Çocukların Tanımlayıcı Özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 1’de belirtildi.

Tablo 1. Ebeveyn ve Çocukların Tanımlayıcı Özellikler (N=110)

Özellikler	Gruplar	n	Yüzde (%)
Çocuğun Yaşı	0-2 (0-24 ay)	57	51,8
	2-5 (25 ay-60 ay)	31	28,2
	5 Ve Üzeri (61 Ay Ve Üzeri)	22	20,0
Çocuğun Cinsiyeti	Kız	57	51,8
	Erkek	53	48,2
Teşhis	Semptom Araştırılıyor	1	0,9
	Nörolojik	2	1,8
	Solunum Sistemi	47	42,7
	Kas ve İskelet Sistemi	2	1,8
	Endokrin	2	1,8
	Dermatolojik	1	0,9
	Kardiyak	19	17,3
	Çeşitli Enfeksiyonlar	9	8,2
	Yaralanma	2	1,8
	Cerrahi	25	22,7
Çocuğun Yoğun Bakımda Yatış Süresi	10 Günden Az	36	32,7
	10 Gün-30 Gün Arası	42	38,2
	30 Günden Fazla	32	29,1
Ebeveyn	Anne	95	86,4
	Baba	15	13,6
Ebeveyn Yaşı	18-25 Yaş Arası	15	13,6
	25-30 Yaş Arası	56	50,9
	30-35 Yaş Arası	39	35,5
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	17	15,5
	Lise	64	58,2
	Üniversite	29	26,4
Çocuk Sayısı	1	34	30,9
	2	61	55,5
	3	15	13,6
Gelir	Gelir Gidere Eşit	93	84,5
	Gelir Giderden Fazla	17	15,5

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarının %51,8'inin 0-2 yaş aralığında, %51,8'inin kız olduğu belirlendi. Çocukların %42,7'sinin solunum sistemi hastalığı, %22,7'sinin cerrahi hastalığı, %17,3'ünün kardiovasküler sistem hastalığı, %8,2'sinin ise çeşitli enfeksiyon hastalıklarından dolayı hastanede yattığı tespit edildi. Örneklem grubunda yer alan çocukların %38,2'sinin 10-30 gün arası, %32,7'sinin 10 günden az, %29,1'inin 30 günden fazla süreyle hastanede yattıkları belirlendi.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %86,4'ü anne, %13,6'sı baba olarak dağılım gösterdi. Ebeveynlerin %50,9'u 25-30 yaş aralığında, %35,5'i 30-35 yaş aralığında, %13,6'sı 18-25 yaş aralığında yer aldı. Eğitim düzeyleri ise %58,2'sinin lise, %26,4'ünün üniversite, %15,5'inin ilköğretim olarak belirlendi. Ebeveynlerin %55,5'inin iki çocuk, %30,9'unun bir çocuk, %13,6'sının ise üç çocuk sahibi olduğu saptandı. Gelir düzeylerinin ise %84,5 gelir gidere eşit, %15,5 gelir giderden fazla olarak bulundu.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım ve BAKAS Bakım Verme Etki Ölçeği Puan Ortalamaları Tablo 2'de belirtildi.

Tablo 2 Aile Merkezli Bakım ve BAKAS Bakım Verme Etki Ölçeği Puan Ortalamaları				
Ölçek	Bölüm	Ort ± Ss	Min.	Max.
Aile Merkezli Bakım Ölçeği	Önemlilik	34,291 ± 2,002	28,000	35,000
	Tutarlılık	29,336 ± 3,975	21,000	35,000
	Eşleşme	45,455 ± 41,557	0,000	100,000
BAKAS	Bakım Verme	32,864 ± 9,476	11,000	56,000

Örneklem grubunda bulunan ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Ölçeği “Önemlilik” Bölümü ortalaması 34,291±2,002 (Min=28; Maks=35), “Tutarlılık” Bölümü ortalaması 29,336±3,975 (Min=21; Maks=35), “Eşleşme” Bölümü ortalaması 45,455±41,557 (Min=0; Maks=100), “Bakım Verme” ölçeği toplam boyutu ortalaması 32,864±9,476 (Min=11; Maks=56), olarak saptandı.

Örneklem grubunda yer alan ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Puanları ile BAKAS Bakım Verme Etki Ölçeğine İlişkin Korelasyon Analizi Tablo 3’de belirtildi.

Tablo 3. Aile Merkezli Bakım Ölçeği ile BAKAS Bakım Verme Etki Ölçeğine İlişkin Korelasyon Analizi

		Önemlilik	Tutarlılık	Eşleşme	Bakım Verme
Aile Merkezli Bakım Ölçeği	Önemlilik	r 1,000 p 0,000			
	Tutarlılık	r 0,276** p 0,004	1,000 0,000		
	Eşleşme	r -0,252** p 0,008	0,790** 0,000	1,000 0,000	
BAKAS	Bakım verme	r 0,014 p 0,887	-0,188* 0,049	-0,209* 0,029	1,000 0,000

*<0,05; **<0,01

BAKAS Bakım Verme genel ölçek puanı ve Aile Merkezli Bakım Ölçeği bölümleri önemlilik, tutarlılık, eşleşme arasında korelasyon analizleri incelendiğinde;

- Aile Merkezli Bakım Ölçeği “Tutarlılık Bölümü” ile “Önemlilik Bölümü” arasında r=0.276 pozitif (p=0,004<0,05),
- Aile Merkezli Bakım Ölçeği “Eşleşme Bölümü” ile “Önemlilik Bölümü” arasında r=-0.252 negatif (p=0,008<0,05),
- Aile Merkezli Bakım Ölçeği “Eşleşme Bölümü” ile “Tutarlılık Bölümü” arasında r=0.79 pozitif (p=0,000<0,05),
- BAKAS Bakım Verme Ölçeği ile Aile Merkezli Bakım Ölçeği “Tutarlılık Bölümü” arasında r=-0.188 negatif (p=0,049<0,05),
- BAKAS Bakım Verme Ölçeği ile Aile Merkezli Bakım Ölçeği “Eşleşme Bölümü” arasında r=-0.209 negatif (p=0,029<0,05) ilişki bulundu. BAKAS ile önemlilik arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0.05).

Aile Merkezli Bakım ve BAKAS Bakım Verme Etki puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu Tablo 4’de belirtildi.

Tablo4. Aile Merkezli Bakım ve BAKAS Bakım Verme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=110)

Demografik Özellikler	Alt Gruplar	n	Önemlilik	Tutarlılık	Eşleşme	Bakım Verme
			Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Çocuğun Yaşı	0-2	57	34,404±1,821	29,684±4,045	47,619±42,286	35,561±9,530
	2-5	31	34,161±2,238	29,194±3,978	45,622±41,143	31,871±7,873
	5 Ve Üzeri	22	34,182±2,174	28,636±3,861	39,610±41,575	27,273±9,019
	F=		0,185	0,575	0,291	7,005
	p=		0,831	0,565	0,748	0,001
	PostHoc=					1 > 3 (p<0.05)
Çocuğun Cinsiyeti	Kız	57	34,456±1,813	29,474±4,188	45,363±42,182	32,088±8,901
	Erkek	53	34,113±2,190	29,189±3,768	45,553±41,276	33,698±10,076
	t=		0,897	0,374	-0,024	-0,890
	p=		0,372	0,709	0,981	0,376
Çocuğun Teşhisi	Solunum Sistemi	47	34,213±2,186	28,575±3,525	37,386±40,576	37,383±9,102
	Kardiyak	19	33,526±2,653	27,895±3,298	35,338±38,205	34,211±8,973
	Cerrahi	25	34,800±1,000	31,240±4,719	62,286±44,964	26,040±6,907
	Diğer	19	34,579±1,610	30,158±3,731	53,384±36,837	29,316±7,394
	F=		1,647	3,874	2,682	11,465
	p=		0,183	0,011	0,051	0,000
PostHoc=			3 > 1, 3 > 2 (p<0.05)		1 > 3, 2 > 3, 1 > 4 (p<0.05)	
Çocuğun Yoğun Bakımda Yatış Süresi	10 Günden Az	36	34,611±1,440	30,722±4,280	57,143±43,061	26,389±6,825
	10 Gün-30 Gün Arası	42	34,333±1,908	29,667±3,986	49,660±39,564	34,238±7,957
	30 Günden Fazla	32	33,875±2,575	27,344±2,719	26,786±36,960	38,344±9,856
	F=		1,164	7,059	5,247	18,847
	p=		0,316	0,001	0,007	0,000
	PostHoc=			1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)	1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)	2 > 1, 3 > 1, 3 > 2 (p<0.05)
Ebeveyn	Anne	95	34,326±1,932	29,368±3,979	45,564±41,377	33,642±9,350
	Baba	15	34,067±2,463	29,133±4,086	44,762±44,153	27,933±9,051
	t=		0,465	0,212	0,069	2,207
	p=		0,643	0,833	0,945	0,029
Ebeveyn Yaşı	18-25 Yaş Arası	15	34,467±1,807	30,400±4,532	59,048±40,358	36,333±9,409
	25-30 Yaş Arası	56	34,089±2,259	29,000±3,842	43,622±41,082	33,911±9,054
	30-35 Yaş Arası	39	34,513±1,668	29,410±3,972	42,857±42,732	30,026±9,574
	F=		0,577	0,741	0,932	3,223
	p=		0,563	0,479	0,397	0,044
	PostHoc=					1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)
Ebeveyn Eğitim Düzeyi	İlköğretim	17	35,000±0,000	29,529±4,017	39,496±43,603	32,353±11,341
	Lise	64	34,078±2,263	29,188±4,023	46,875±40,283	33,656±9,185
	Üniversite	29	34,345±1,914	29,552±3,969	45,813±44,259	31,414±9,081
	F=		1,451	0,106	0,210	0,584
p=		0,239	0,900	0,811	0,560	
Ebeveyn Çocuk Sayısı	1 çocuk	34	34,971±0,172	29,824±3,705	42,017±40,397	32,882±9,292
	2 çocuk	61	33,918±2,431	29,607±4,100	52,225±42,128	32,967±8,832
	3 çocuk	15	34,267±2,017	27,133±3,543	25,714±36,701	32,400±12,687
	F=		3,138	2,788	2,700	0,021
	p=		0,047	0,066	0,072	0,979
	PostHoc=			1 > 2 (p<0.05)		
Ebeveyn Gelir	Gelir Gidere Eşit	93	34,247±2,057	29,441±3,938	47,005±40,874	33,151±9,091
	Gelir Giderden Fazla	17	34,529±1,700	28,765±4,250	36,975±45,473	31,294±11,548
	t=		-0,533	0,643	0,914	0,741
	p=		0,595	0,522	0,363	0,460

Araştırmaya katılan ebeveynlerin BAKAS Bakım Verme ölçeği toplam puanları ile çocuklarının yaşı arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptandı (F=7,005; p=0.001<0.05). Farkın nedeni çocuğunun yaşı 0-2 olanların bakım verme puanlarının çocuğunun yaşı 5 ve üzeri olanların bakım verme puanlarından yüksek olması idi (p<0.05).

Ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Ölçeği Tutarlılık Bölümü ile çocukların teşhisi arasında istatistiksel anlamlı farklılık belirlendi (F=3,874; p=0.011<0.05). Farkın teşhisi cerrahi olanların tutarlılık puanlarının teşhisi solunum sistemi ve kardiyak olanların tutarlılık puanlarından yüksek olmasından kaynaklandı (p<0.05).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin BAKAS Bakım Verme Ölçeği toplam puanları ile çocukların teşhisi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulgulandı (F=11,465; p=0<0.05). Farkın nedeni teşhisi **solunum sistemi** olanların bakım verme puanlarının diğer tüm gruplardan yüksek olmasıydı (p<0.05).

Örneklem grubunda bulunan ebeveynlerin Aile Merkezleri Bakım Ölçeği Tutarlılık Bölümü puanları (F=7,059; p=0.001<0.05) ve Eşleşme Bölümü puanları (F=5,247; p=0.007<0.05) ile çocuğun yoğun bakımda yatış süresi arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulgulandı. Farkın nedeni çocuğun yoğun bakımda yatış süresi **10 günden az** olanların tutarlılık puanlarının diğer grupların puanlarından yüksek olması idi (p<0.05).

Ebeveynlerin BAKAS Bakım Verme Ölçeği toplam puanları ile çocuğun yoğun bakımda yatış süresi arasında anlamlı farklılık belirlendi (F=18,847; p=0<0.05). Farkın nedeni çocuğun yoğun bakımda yatış süresi **10 gün-30 gün arası** olanların bakım verme puanlarının çocuğun yoğun bakımda yatış süresi **10 günden az** olanların bakım verme puanlarından; Çocuğun yoğun bakımda yatış süresi **30 günden fazla** olanların bakım verme puanlarının çocuğun yoğun bakımda yatış süresi **10 günden az** ve **10 gün-30 gün arası** olanların bakım verme puanlarından yüksek olmasından kaynaklandı (p<0.05).

Örneklem grubunda bulunan ebeveynlerin cinsiyetleri ile BAKAS Bakım Verme Ölçeği arasında anlamlı farklılık belirlendi ($x=33,642$ $p<0.029$). Annelerin bakım verme puanları babaların bakım verme puanlarından ($x=27,933$) yüksek bulundu ($t=2,207$; $p=0.029<0.05$).

Ebeveynlerin BAKAS Bakım Verme Ölçeği toplam puanları ile yaşları arasında anlamlı farklılık bulundu ($F=3,223$; $p=0.044<0.05$). Farkın nedeni 18-25 yaş arasında olanların bakım verme puanlarının 30-35 yaş arası ve 25-30 yaş arası olanların bakım verme puanlarından yüksek olmasından kaynaklandı ($p<0.05$).

Araştırma grubunda bulunan ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Ölçeği Önemlilik Bölümü puanları ile çocuk sayısı arasında anlamlı farklılık bulundu ($F=3,138$; $p=0.047<0.05$). Farkın nedeni çocuk sayısı bir olanların önemlilik puanlarının ($x=34,971$) çocuk sayısı birden fazla olan diğer grupların puanlarından yüksek olması idi ($p<0.05$).

7.TARTIŞMA

Çocuk hemşireliğinde aile merkezli bakım uygulamaları, ebeveynlerin aktif bir şekilde bakımda yer almasına dayanır. Aile merkezli bakım anlayışı genellikle ebeveynlere ihtiyaç duyulan pediatri ünitelerinde daha fazla kullanılan bir bakım anlayışıdır. Ebeveynlere olan gereksinim, çocukların kendi ihtiyaçlarını yerine getirememeleri ve her zaman ebeveynleri ile yan yana kalmak istemelerinden kaynaklanır (33).

Bu bölümde pediatrik yoğun bakım ünitelerinde bakıma katılan ebeveynlerin BAKAS bakım verme etki düzeyleri ile aile merkezli bakım arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile oluşturulan araştırma bulguları tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarının %51,8'inin 0-2 yaş aralığında oldukları saptanmıştır. Tosun'un Aile Merkezli Bakım Uygulamalarıyla yaptığı çalışmasında %45.2'sinin 0-1 yaş aralığında olduğu bulunurken, Özcan'ın yaptığı çalışmada %66.6'sının 0-5 yaş aralığındaki çocuklar olduğu belirlenmiştir. (7, 70)

Araştırmamızda ebeveynlerin çocuklarının %51,8'inin kız olduğu belirlenmiştir. Altıparmak'ın yaptığı aile merkezli bakım çalışmasında araştırmaya katılan çocukların %64'ünün kız olduğu saptanmıştır. Özcan yaptığı çalışmada da çocukların %52.1'inin kız olduğunu belirlemiştir (4, 70).

Örneklem grubundaki ebeveynlerin çocuklarının %42,7'sinin solunum sistemi hastalığı, %22,7'sinin cerrahi hastalığı, %17,3'ünün kardiovasküler sistem hastalığı, %8,2'sinin ise çeşitli enfeksiyon hastalıklarından dolayı hastanede yattığı tespit edilmiştir. Garlı ve Çınar'ın yaptığı çalışmada çocukların %32.3'ünün solunum yolu hastalıkları nedeni ile hastanede yattığı saptanmıştır. Altıparmak'ın yaptığı çalışmada çocukların %39'unun bronşit+astım solunum yolu hastalıkları ile % 15,5 bağırsak enfeksiyonları nedeni ile hastaneye yattığı tespit edilmiştir (4, 54).

Örneklem grubunda yer alan ebeveynlerin çocuklarının %38,2'sinin 10-30 gün arası, %32,7'sinin 10 günden az, %29,1'inin 30 günden fazla süreyle hastanede yattıkları belirlenmiştir. Boztepe ve Çavuşoğlu'nun yaptığı çalışmada çocukların %90.1'inin hastanedeki yatış süreleri 7-29 gün, %9.9'unun ise 30 günden fazla olduğu belirlenmiştir. Tosun'un yaptığı çalışmada çocukların %94.1'inin 3-29 gün arası iken %5.9'unun 30 gün üzeri hastane yatışı olduğu saptanmıştır (12, 7).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %86,4'ü anne, %13,6'sı baba olarak dağılım göstermektedir. Garlı ve Çınar'ın aile merkezli hemşirelik bakımıyla ilgili deneyimlerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada örneklem grubuna katılanların %98.9'unu annelerin oluşturduğu saptanmıştır (54).

Örneklem grubundaki ebeveynlerin %50,9'unun 25-30 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Boztepe ve Çavuşoğlu'nun yaptığı çalışmada % 41.9'unun 21-30 yaş arasında olduğu, %34.5'inin de 31-39 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir (12).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %58,2'sinin lise mezunu olduğu saptanmıştır. Boztepe ve Çavuşoğlu'nun yaptığı çalışmada ebeveynlerin eğitim düzeylerinin %49.3 İlkokul/ortaokul, %24.6 lise mezunu olduğu; Altıparmak'ın yaptığı çalışma da ise ebeveynlerin %45.5'inin lise mezunu, %36.5'inin ise ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir (12, 4).

Araştırmada yer alan ebeveynlerin %55,5'inin iki çocuk, %30,9'unun bir çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Tosun'un yaptığı çalışmada ebeveynlerin %51.1'inin 3 ve üzeri, %31.7'sinin 2, %17.2'sinin ise bir çocuğu olduğu belirlenmiştir. Özcan'ın yaptığı çalışmada ise ebeveynlerin %43.8'inin 2 çocuğu ve %28.1'inin ise 3 çocuğu olduğu saptanmıştır (7, 70).

Ebeveynlerin %84,5'inin gelirinin gidere eşit, %15,5 gelirinin giderden fazla olduğu saptanmıştır. Tosun'un yaptığı çalışmada ebeveynlerin %54.3'ünün gelirinin giderine denk, %38.7'sinin gelirinin giderinden az ve %7'sinin ise gelirinin giderinden fazla olduğu bulunmuştur (7).

Çalışmamıza dahil edilen ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Ölçeği “Önemlilik Bölümü” puan ortalaması $34,291 \pm 2,002$ bulunmuştur. Bu ortalama önemlilik ortalamasının yüksek olduğunu göstermektedir. Altıparmak, hemşirelerin ebeveynlere gösterdiği ilginin ebeveynler için önemli olduğunu belirtmiş ve Önemlilik bölümü puan ortalamasını $29,84 \pm 2,66$ olarak bulmuştur. Ancak Altıparmak’ın yaptığı çalışmada önemlilik puan ortalaması bizim çalışmamızdaki önemlilik puan ortalamasından daha düşük bulunmuştur (4).

Örneklem grubundaki ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Ölçeği “tutarlılık” Bölümü ortalaması $29,336 \pm 3,975$ (Min=21; Maks=35) bulunmuştur. Bulunan ortalama genel ortalama ile kıyaslandığında değerin yüksek olduğunu göstermektedir. Altıparmak’ın, ebeveynlerin çocuğun bakımında ne kadar ilgi gösterdiklerini belirlediği çalışmasının tutarlılık Bölümünün puan ortalaması $31,26 \pm 2,82$ olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamız ile Altıparmak’ın tutarlılık sonuçları paralellik göstermektedir (4).

Çalışmamızda yer alan ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Ölçeği “Eşleşme” Bölümü puan ortalaması $45,455 \pm 41,557$ bulunmuştur. Eşleşme puan ortalamasının düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın tersine Altıparmak’ın yaptığı çalışmada Aile Merkezli Bakım Ölçeği eşleştirme bölümüne bakıldığında tüm maddelerin eşleşme oranı %93 ile %95 arasında saptanmıştır. Eşleşme oranının yüksek çıkması hemşirelerin ebeveynlerle ilgilendiğini ve çocuğuna iyi bakım verdiklerini gösterir. Eşleşme puanının düşük olması ise hemşirelerin ebeveynlere gerekli düzeyde ilgi göstermediklerini ve çocuğun bakımına yeterli olan süreyi ayırmadıklarını gösterir (4).

Çalışmamıza dahil edilen ebeveynlerin “ BAKAS Bakım Verme Ölçeği” toplam puan ortalaması $32,864 \pm 9,476$, olarak saptanmış olup puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç bakım verenlerin, bakım verme süreci nedeniyle yaşamlarında belirgin düzeyde değişim deneyimlediklerini göstermektedir. BAKAS Bakım Verme Etki Ölçeğinde bulunan değerler bakıma muhtaç hastasına bakım sağlamanın sonucu olarak hayatlarında oluşan etkilerin (kendine güven/öz saygı, fiziksel sağlık, aile aktiviteleri için zaman ayırma, stresle başa çıkabilme yeteneği, arkadaşlarla olan ilişki, geleceğe bakış açısı, enerji düzeyi, duygusal iyilik hali, yaşamdaki roller, arkadaşlarla sosyal aktiviteler için zaman ayırma, aile ile ilişki, maddi iyilik durumu, bakıma ihtiyacı

olan hasta ile ilişki, fiziksel işlevsellik, genel sağlık, bakıma ihtiyacı olan hastanın bakımını yapmanın sonucu olarak yaşamdaki değişiklikler) değiştiğini göstermektedir.

BAKAS Bakım Verme genel ölçek puanı ve Aile Merkezli Bakım Ölçeği Bölümleri önemlilik, tutarlılık, eşleşme arasında korelasyon analizleri incelendiğinde;

Çalışmamıza dahil edilen ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Ölçeği Tutarlılık Bölümü ile Önemlilik Bölümü arasında istatistiksel anlamlı ($p<0.05$) ilişki bulunmuştur. Hemşirelerin ebeveynlere gösterdikleri ilgi ile ebeveynlerin çocuklarına gösterdiği ilgi arasında anlamlı ilişki vardır. Ebeveynlere gösterilen ilgi ebeveynler için önemli olduğundan ebeveyn kendini motive hisseder ve çocuğuna bakım verirken bu motivasyon ile gösterdiği ilginin artabileceği düşünülmüştür. Melnyk ve Feinstein'in ebeveynlerin hastanede kalan çocuğunun bakım uygulamalarına dahil edilmesinin hastaneden çıktıktan sonra çocuklarda gerçekleşebilecek davranış değişikliğine etkisini inceledikleri araştırmalarında, ebeveynleri bakıma katılan çocuklarda hastaneden eve geldikten sonra görülen olumsuz davranış değişikliklerinin azaldığı belirlenmiştir (44).

Çalışmamıza katılan ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Ölçeği Eşleşme Bölümü ile Önemlilik Bölümü arasında negatif ($p<0.05$) ilişki saptanmıştır. Hemşirelerin ebeveynlere gösterdiği ilginin ebeveynler için önemi azaldıkça hemşirelerin ebeveynlerle ilgilenme düzeyi ve çocuğa verilen bakımın kalitesi artar ya da hemşirelerin ebeveynlere gösterdiği ilginin ebeveynler için önemi arttıkça hemşirelerin ebeveynlere yeterli düzeyde ilgi göstermedikleri ve çocuğun bakımı için gerekli olan süreyi ayırmadıkları saptanmıştır. Bunun sebebinin ebeveynlerin beklentilerini sürekli dile getirmesinin hemşirelerde usanmışlık yaratarak ters tepki yarattığı düşünülmektedir.

Örneklem grubunda bulunan ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Ölçeği Eşleşme Bölümü ile Tutarlılık Bölümü arasında pozitif ($p<0.05$) ilişki bulunmuştur. Hemşirelerin ebeveynlerle ilgilenmesi ve çocuğa iyi bakım verilmesi ile birlikte ebeveynlerin çocuğun bakımına ilgi göstermesi arasında anlamlı farklılık vardır. Hemşirenin profesyonel yaklaşımından etkilenen ebeveynlerin öğrendikleri, bakım uygulamalarını çocuğun bakımına büyük bir ilgi ile uyguladığı düşünülmektedir.

Byers ve arkadaşlarının 114 bebek hasta ve ebeveynleriyle yaptıkları araştırmada, aile merkezli bakım uygulanan alanda bulunan preterm bebeklerin daha az ağladıkları, stres düzeylerinin yüksek olmadığı ve daha az sedasyon ihtiyaçlarının olduğu belirlenmiştir (72).

Çalışmamıza dahil edilen ebeveynlerin BAKAS Bakım Verme Ölçeği ile Aile Merkezli Bakım Ölçeği Tutarlılık Bölümü arasında negatif ($p<0.05$) ilişki saptanmıştır. Ebeveynler'in çocuğun bakımına gösterdikleri ilgi arttıkça ebeveynlerin bakımdan etkilenme düzeyi azalır ya da ebeveynlerin çocuğun bakımına gösterdikleri ilgi azaldıkça ebeveynlerin bakımdan etkilenme düzeyi artar. Bunun nedenin bakıma gösterilen ilgi fazla ise ailenin verdiği bakımdan dolayı kendini memnun hissetmesinden kaynaklandığı düşünölmektedir. Cooper ve arkadaşları aile merkezli bakım ile alakalı araştırmalarında, aile merkezli bakım uygulamalarının ebeveynlerin çocuklarıyla arasındaki iletişimin bebek bakım becerilerinin artmasında, ailelerin bebeklerinin sağlıklı bir yaşam sürmesi için gerekli bilgiye sahip olmalarında etkili olduğunu belirlemişlerdir (73).

Örneklem grubumuzda bulunan ebeveynlerin BAKAS Bakım Verme Ölçeği ile Aile Merkezli Bakım Ölçeği Eşleşme Bölümü arasında negatif ($p<0.05$) ilişki bulunmuştur. Hemşireler'in ebeveynlerle ilgilenmesi ve çocuğa bakım verilmesi arttıkça ebeveynlerin bakım vermeden etkilenme düzeyleri azalır ya da hemşirelerin ebeveynlerle ilgilenmemesi ve çocuğa bakım verilmesi azaldıkça ebeveynlerin bakım vermeden etkilenme düzeyleri artar. Bunun nedeni ebeveynin üzerine ne kadar yük binerse bakımdan etkilenme düzeyi o kadar etkilenir. Dunst ve arkadaşlarının (2007) aile merkezli bakımın etkisini inceledikleri araştırmalarında, aile merkezli bakımın ailenin etkinliğini arttıran, bakımdaki memnuniyet düzeyini arttıran, ebeveyn-çocuk bağlılığını ve davranışlarını olumlu yönde etkileyen bir bakım modeli olduğu belirtilmiştir (46).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin BAKAS Bakım Verme ölçeği toplam puanları ile ebeveynlerin çocuklarının yaşı arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Çocuğunun yaşı 0-2 olan ebeveynlerin bakım verme puanları diğer yaş gruplarından daha yüksek bulunmuştur. Bebeklik dönemi diye adlandırılan dönem 0-2 yaş aralığını barındıran dönemdir. Çocukların fiziksel gelişim özelliklerinin hızlı olarak ilerlediği zaman doğumdan sonraki bir yıldır. Gelişimin çok hızlı olduğu bu dönemde çocukların sağlıklı bir yaşam geçirmesi, gelecekteki hayatlarını sağlıklı temeller üzerine kurması, birçok temel bilgi beceri ve davranışın öğrenilmesi açısından önemlidir. Bu yüzden ebeveynler çocukları için çok önemlidir. Yaşamın ikinci yılında, küçük çocuklar motor becerileri öğrenmektedir. İkinci yıldaki motor aktiviteler çocuğun motor becerilerinin gelişimini kazanması için çok önemlidir. 0-2 yaş dönemindeki hareketler, bebeklerin çevreleri ve kendileri üzerinde kontrolü sağlamak için yaptıkları motor davranışlarıdır. 0-2 yaş döneminde güven ve bağlanma duygusunun gelişimi için çocuk her açıdan annesine bağımlıdır, hele ki hastane ortamında yatışı olan çocukların bu dönemdeki bakımında ebeveynlerin rolü daha yüksektir (71).

Araştırmamıza dahil edilen ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Ölçeği Tutarlılık Bölümü ile ebeveynlerin çocuklarının teşhisi arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın sebebi hastalık teşhisi cerrahi olanların tutarlılık puanlarının hastalık teşhisi solunum sistemi ve kardiyak olanların tutarlılık puanlarından yüksek olmasından kaynaklanmıştır. Araştırma sonucunda cerrahi teşhisi konulan çocuğun daha çok bakım ihtiyacı olduğundan operasyon sonrası dönemde ebeveynlerin çocuklarının bakımında daha fazla ilgi gösterdikleri, bunun sebebinin de ameliyatın aniden gerçekleşmesi ve ameliyat sonrası süreçte çocuğun istediklerinin yerine getirilmesi için ilginin ebeveynler tarafından çocuğa yöneltilmesi olduğu düşünülmektedir.

Ebeveynler cerrahi işlem öncesi çocukları için endişelenir ve bu endişeye ameliyatın olası komplikasyonları, ameliyat ya da anestezi sırasında çıkabilecek problemler ve ameliyathanede ki sağlık personeline ilişkin kaygılar da eklenir. Bu endişenin önemli bir nedeni, hastalığa ilişkin duyulan suçluluk duygusu olabilmektedir. Ebeveynler, genetik ya da doğumsal bir anomali yüzünden kendilerini, sonradan oluşan bir sorun için de çocuklarına gereği gibi bakamadıkları düşüncesi ile suçluluk yaşayabilirler (55).

Aile merkezli bakım, çocuğun hastaneye yatışının yapılması ile ortaya çıkan stresi azaltır ve güven duygusunu artırır. Bu nedenle ebeveynin, çocuğun bakım uygulamalarına her zaman dâhil edilmesi gerekir. Böylece ebeveynler kendi yaptıkları uygulamalara güven duyarlar ve çocuğun bakımında daha az stres yaşarlar (56). Ailelerin fazla anksiyete yaşamaları, çocuklarının bakım ve tedavileri ile ilgili yapılan bilgilendirmeyi doğru olarak anlamalarını, olayları doğru bir şekilde yorumlamalarını, uygun kararlar vermelerini, çocuğun bakımına katılmalarını ve uygun baş etme yöntemlerini kullanmalarını engelleyebilir. Ebeveynin anksiyete düzeyindeki azalma seviyesinin, çocuğun da yaşadığı anksiyeteyi azaltacağı unutulmamalıdır (57).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin BAKAS Bakım Verme Ölçeği toplam puanları ile hastalık teşhisi arasında istatistiksel anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Farkın nedeni hastalık teşhisi **solunum sistemi** olanların bakım verme puanlarının diğer tüm gruplardan yüksek olmasıdır. Bakım veren ebeveynlerin yaşadığı güçlükleri ve sıkıntıları göz önüne aldığımızda solunum sistemi ile alakalı hastalığı bulunan çocukların bakımında ebeveynlere düşen bakım uygulamalarının (postural drenaj-solunum fizyoterapisti, bibap-cpap-home ventilatör-öksürtme cihazı kullanımı, çocuklara oranazal-total yüz maskesi-nazal maske bağlanması, trakeostomi bakımı, trakeal aspirasyon-ağız ve burun içi aspirasyon uygulama, inhaler nebül verme, çocuğun öz bakım gereksinimlerini yerine getirme v.b.) diğer hastalıkların bakımına göre daha ağır olduğu düşünülmektedir.

Solunum sistemi hastalıklarının en sık nedeni %78 ile solunum sistemi enfeksiyonları olup, bunlar arasında bronkopnömoni ve pnömoninin birinci sırada yer aldığı görülmektedir (58, 59).

Arias ve ark. (60) ve Khilnani ve ark. (61) tarafından yapılan çalışmalarda çocuk yoğun bakım ünitelerine yatışların en önemli nedeninin solunum sistemi ile ilgili bozukluk olduğu belirlenmiştir (62)

Örneklem grubunda bulunan ebeveynlerin Aile Merkezleri Bakım Ölçeği Tutarlılık puanları ve Eşleşme Bölümü puanları ile ebeveynlerin çocuklarının yoğun bakımda yatış süresi arasında istatistiksel anlamlı farklılık ($p<0.05$) bulgulanmıştır. Farkın nedeni çocuğun yoğun bakımda yatış süresi **10 günden az** olanların tutarlılık puanlarının diğer grupların tutarlılık puanlarından yüksek olmasıdır. Daha kısa süre yoğun bakım ortamında kalmak çocuğun bakımına gösterilen ilginin daha fazla olduğunu göstermiştir.

Birçok aile için yoğun bakım üniteleri yabancı oldukları alandır. Bu üniteler genelde çok fazla kişinin olduğu, ses seviyesinin yüksek olduğu, ışıklı ve fazlaca bilinmeyen cihazlarla doludur. Ebeveynler yoğun bakım ünitesinde çalışan personel ile tanışmaz ve iletişime geçmez ise ebeveynin yalnızlık hissederek kendisini izole etmesine neden olur. Hasta bebeklerin yatışları bazen aylarca hatta yıllarca sürebilir ve yoğun bakım üniteleri merkezileştikçe bu bebeklerin ziyaretleri aileler için de çok zor olur. Aileler de bu dönemde yorulur, tükenir ve maddi problemler yaşabilir. Tüm bu süreç ebeveynlerin bebekle ilişkisinin yanı sıra anne ile baba arasındaki ilişkiyi bile olumsuz yönde etkileyebilir (63, 64).

Oğul'un yaptığı çalışmada, çocukların hastaneye yatışının yapılması ile ebeveynler kaygılanırlar. Çocuğun yoğun bakıma yatırılması ebeveynlerin karşılaşacakları olaylar ile başetme gücünü zorlaştıran bir durumdur. Çocuğun hastalık süresi uzadıkça yoğun bakımda kalma süresi de uzar. Böylece annenin sürekli kaygı düzeyinin yükseldiği, hastane çalışanları tarafından gerekli açıklamaların yapılmadığı ebeveynlerin kaygı düzeyinin daha çok olduğu saptanmıştır (65). Bu yüzden yatış süresi 10 günden az olan ailelerin kaygı düzeyinin daha az olduğu ve çocuklarının bakımına gösterdikleri ilginin arttığı söylenebilir. Aile merkezli bakım ile ebeveynlerde oluşabilecek olumsuz durumlar ve kaygılarının azalacağı çocuklarının sağlığı için gösterilen bakım ilgisinin kısa süreli yatışlarda fazla olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Ölçeği Eşleşme Bölümü puanları ile ebeveynlerin çocuklarının yoğun bakımda yatış süresi arasında farklılık ($p<0.05$) bulgulanmıştır. Farkın nedeni çocuğun yoğun bakımda yatış süresi **10 günden az** olanların tutarlılık puanlarının diğer grupların puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Yoğun bakımda yatış süreleri hasta çocukların birbirinden farklı olsa da çocukların bakımına ve ebeveynlere karşı gösterilen ilgi hemşireler tarafından değişmemektedir.

Örneklem grubundaki ebeveynlerin BAKAS Bakım Verme Ölçeği puanları ile ebeveynlerin çocuklarının yoğun bakımda yatış süresi arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p=0<0.05$). Ebeveynlerin çocuğunun yoğun bakımda yatış süresi **30 günden fazla** olanların bakım verme puanlarının diğer gruplardan anlamlı yüksek olduğu bulunmuştur. Uzun süreli yatışlarda bakım veren ebeveynlerin yaşadığı güçlük ve sıkıntıların kısa süreli yatışlara göre daha fazla olduğu gösterilmiştir. Hastanede Yatan Çocuk Hakları (1996) bildirgesinde çocuk ve annenin yaşına bizi anlama düzeylerine uygun şekilde sorular sorularak cevap alınmalı, sağlıkla ilgili tüm kararlara katılma, çocuğun yaşına uygun bir ortamda ebeveynlerinin kalması için gerekli olan koşullara özellikle vurgulanmıştır. Bu nedenle hemşireler, annelerin hastanedeki çocuğun fiziksel bakımını üstlenirken, kendi gereksinimlerini karşılayamamaları konusunu göz önünde bulundurarak, bakım planında annenin gereksinimlerini de karşılayacak şekilde düzenlemeler yapmalıdır (65, 66) Oflaz'ın yaptığı çalışmada annelerde, çocuklarının yoğun bakım ünitesinde yatmasının yarattığı stresin en yaygın görülen nedenlerinin, ev ortamından uzak yabancı ortamda bulunma, çaresizlik duygusu hissetmeleri ve kendi üzerlerindeki kontrol kaybını yitirmeleri olduğu da belirtilmektedir. Ebeveyn'in stres kaynağı, ebeveyn ile çocuk arasındaki iletişimi ve çocuğun gelişimini olumsuz etkilediğinden, çocukta oluşan stres ile birlikte ele alınması gereken önemli bir durumdur (67). Ebeveynler hastanede uzun süre kaldıkları için bakım uygulamalarını daha iyi öğrendikleri, herhangi bir sorun olduğunda hemen hemşirelere danışabilecekleri ve çocuklarının yanında kaldıklarından daha çok kendilerine güvendikleri, bakım uygulamaları ile paralel olarak bakım veren ebeveynlerin yaşadığı güçlük ve sıkıntıların kısa süreli yatışlara göre daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Örneklem grubunda bulunan ebeveynler ile BAKAS Bakım Verme Ölçeği arasında istatistiksel anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0.05$). Annelerin bakım verme puanları babaların bakım verme puanlarından yüksek bulunmuştur. Bunun sebebinin örneklem grubunda bulunan annelerin hastanede çocuğun bakımına ve araştırmaya katılım oranlarının yüksek olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamıza dahil edilen ebeveynlerin BAKAS Bakım Verme Ölçeği toplam puanları ile ebeveynlerin yaşları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0.044<0.05$). Farkın nedeni 18-25 yaş arası olan ebeveynlerin bakım verme puanlarının diğer yaş gruplarından yüksek olmasından kaynaklanmıştır. Ebeveynlerin yaş grubu genç olduğundan hastasına bakım verirken daha fazla enerjik ve fiziksel olarak daha dinamik olacağı düşünülmektedir. Bakım veren genç ebeveynlerin bakımdan etkilenmelerinin diğer yaş gruplarına göre daha fazla olduğunu göstermiştir. Bunun sebebi de genç ebeveynlerin psikolojik olarak etkilenme düzeylerinin yüksek olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma grubunda bulunan ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Ölçeği “Önemlilik Bölümü” puanları ile ebeveynlerin çocuk sayısı arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın nedeni çocuk sayısı bir olanların önemlilik puanlarının çocuk sayısı birden fazla olan diğer grupların puanlarından yüksek olmasıdır. Aydoğdu ve Dilekmen’in yaptığı çalışmada çocuk sayısına göre aşırı koruyucu tutum sergileyen ailelerin puanları ile bir çocuğu olan ebeveynlerin lehine anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre tek çocuğa sahip olan ebeveynlerin aşırı koruyucu tutumlarının birden fazla çocuğa sahip olan ebeveynlerin aşırı koruyucu tutum puanlarında anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (68). Aşırı koruyucu tutum sergileyen ebeveynlerin hemşirelerden ilgi bekleme düzeyide artmaktadır. Tek çocuklu ebeveynlerin çocuk kaybetme korkusu ve çocuklarını paylaşmak istememe duygusu olabileceğinden araştırmamızda anlamlı farklılık görülmüş olabilir.

8. SONUÇ

Pediyatrik yoğun bakım ünitelerinde bakıma katılan ebeveynlerin bakım verme etki düzeyleri ile aile merkezli bakım arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada, aşağıdaki sonuçlar elde edildi.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarının %51,8'inin 0-2 yaş aralığında, %51,8'inin kız olduğu, %42,7'sinin solunum sistemi hastalığının olduğu, çocukların %38,2'sinin 10-30 gün arasında hastanede yattığı belirlendi.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %86,4'ünün anne, %50,9'unun 25-30 yaş aralığında, %58,2'sinin lise mezunu, %55,5'inin iki çocuğa sahip olduğu, %84,5'inin gelirinin giderine eşit olduğu saptandı.

Örneklem grubunda bulunan ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Ölçeği "Önemlilik Bölümü" puan ortalaması $34,291 \pm 2,002$, "Tutarlılık Bölümü" puan ortalaması $29,336 \pm 3,975$, "Eşleşme Bölümü" puan ortalaması $45,455 \pm 41,557$, "BAKAS Bakım Verme Ölçeği" toplam puan ortalaması $32,864 \pm 9,476$ olarak saptandı.

Aile Merkezli Bakım Ölçeği "Tutarlılık Bölümü" ile "Önemlilik" ve "Eşleşme" Bölümleri arasında pozitif, BAKAS Bakım Verme Ölçeği arasında ise negatif ilişki bulundu ($p < 0.05$),

Aile Merkezli Bakım Ölçeği Eşleşme Bölümü ile Önemlilik ve BAKAS Bakım Verme Ölçeği arasında ise negatif ilişki ($p < 0.05$) saptandı.

Aile Merkezli Bakım Önemlilik Bölümü ile ebeveyn çocuk sayısı arasında; Tutarlılık Bölümü ile çocuğun teşhisi ve çocuğun yoğun bakımda yatış süresi arasında; Eşleşme Bölümü ile çocuğun yoğun bakımda yatış süresi arasında; BAKAS Bakım Verme Ölçeği ile çocuğun yaşı, çocuğun teşhisi, çocuğun yoğun bakımda yatış süresi, ebeveyn ve ebeveyn yaşı arasında anlamlı farklılık belirlendi ($p < 0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Hastanedeki yöneticiler tarafından aile merkezli bakıma ilişkin belirli politikaların oluşturulması ve hastaneye yatışta aile merkezli bakım anlayışı ile ilgili bilgilerin ailelerle paylaşılması,

Bakımın daha kaliteli olması için ebeveynlere bakıma yönelik eğitim programlarının yapılması ve multidisipliner yaklaşım ile ebeveynlerin yaşadıkları problemlerin belirlenip bu sorunlara yönelik ailelerin desteklenmesi,

Sağlık çalışanlarını ve ebeveynleri kapsayan aile merkezli bakım modeli ve etkili iletişim teknikleri ile eksik kalınan alanlarda eğitim programları düzenlenmesi,

Bu konuda ileride yapılacak başka çalışmalarda çocuk hasta yatışı yapılan farklı birimlerde aile merkezli bakım uygulamaları açısından değişikliğin olup olmadığının ve bakımdaki uygulamaların ailelerin yaşantısına etki düzeylerinin ne olduğuna bakılması,

Benzer araştırmaların daha geniş örneklem gruplarıyla çocuk, anne-baba, diğer aile üyeleri, hemşire ve diğer sağlık ekip üyelerinin katılımı ile yapılması önerilir.

9. KAYNAKLAR

1-Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Cilt 1, Sistem Ofset Matbacılık, Ankara, 2013.

2- Shields, L., Pratt, J., Davis, L., & Hunter, J. (2007). Family-centred care for children in hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).

3-Tosun, A. (2013). Hastanede Yatan Çocuklara Verilen Bakımın Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015;18:2.

4-Altıparmak, D. (2015). Aile Merkezli Bakım Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması (Doctoral Dissertation, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

5-Şahin, Z. A., Polat, H., Ergüney, S. (2009). Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 1-9.

6- Hudson, P., Trauer, T., Kelly, B., O'Connor, M., Thomas, K., Summers, M., White, V. (2013). Reducing the psychological distress of family caregivers of home-based palliative care patients: short-term effects from a randomised controlled trial. *Psycho-oncology*, 22(9), 1987-1993.

7-Tosun, A., Tüfekci, F. G. (2015). Çocuk Kliniklerinde Aile Merkezli Bakım Uygulamalarının İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(2), 131-139.

8-Çelik, M. Y. (2018). Çocuk Hastalarda Aile Merkezli Bakım ve Hemşirelik. *Sağlık ve Toplum*, 28(1), 26-31.

9- Shields, L. (2010). Questioning family-centred care. *Journal of clinical nursing*, 19(17-18), 2629-2638.

10-Harrison Tm. "Family-Centered Pediatric Nursing Care", State Of The Science Journal Of Pediatric Nursing, 2010, 25(5): 335–343.

11-Kitchen B. "Family-Centered Care: A Case Study", Japan, 2005, 10(2): 93- 97.

12-Boztepe, A. G. H., Çavuşoğlu, H. (2009). Bir Üniversite Hastanesindeki Uygulamaların Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 16(1), 11-24.

13- Terzi, B., Kaya, N. (2011). Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi*, 1, 21-25.

14-Terzi, B., Kaya, N. (2011). Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı/Nursing Care Of Critically Ill Patients. *Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi*, 2(1), 21.

15- Tekin, V. (2017). *Yoğun bakım hemşirelerinin bakım kavramı algısı* (Master's thesis, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

16-Başak, T., Uzun, Ş., Arslan, F. (2010). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 52(2), 76-81.

17- Kurumu, T. D. (2005). *Yazım Kılavuzu*. Ankara: Türk Dil Kurumu.

18- Roff, L. L., Martin, S. S., Jennings, L. K., Parker, M. W., Harmon, D. K. (2007). Long distance parental caregivers' experiences with siblings: A qualitative study. *Qualitative Social Work*, 6(3), 315-334.

19-İnci, F. H. (2006). *Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği* (Master's Thesis, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

- 20- Oğuz, Kandemir, A., Erişen, M. A., Fidan, C. (2016). Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2).
- 21- Bahar, A., Parlar, S. (2007). Yaşlılık ve evde bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4), 32-39.
- 22- Lundy, K. S., Janes, S. (2009). *Community health nursing: Caring for the public's health*. Jones & Bartlett Learning.
- 23- Koraltan, A. (2017). *Eve bağımlı hastalara bakım verenlerin genel sağlık algısı ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin araştırılması* (Master's thesis, Doğuş Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- 24- Northouse, L. L., Katapodi, M. C., Song, L., Zhang, L., Mood, D. W. (2010). Interventions with family caregivers of cancer patients: meta-analysis of randomized trials. *CA: a cancer journal for clinicians*, 60(5), 317-339.
- 25- Günay, G., Bener, Ö. (2011). Kadınların toplumsal cinsiyet rolleri çerçevesinde aile içi yaşamı algılama biçimleri. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 153(153).
- 26- Öztop, H., Şener, A., Güven, S. (2008). Evde Bakımın Yaşlı ve Aile Açısından Olumlu Ve Olumsuz Yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1(1), 39-49.
- 27- Can, T. (2010). Bakas Caregiving Outcomes Scale'in (Bakas Bakım Verme Etki Ölçeği) Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenirliliği.
- 28- Bevan, J. L., Pecchioni, L. L. (2008). Understanding the impact of family caregiver cancer literacy on patient health outcomes. *Patient education and counseling*, 71(3), 356-364.
- 29- Beaudreau, S. A., O'hara, R. (2008). Late-Life Anxiety And Cognitive İmpairment:

A Review. The American Journal Of Geriatric Psychiatry, 16(10), 790-803.

30- Braun, M., Mikulincer, M., Rydall, A., Walsh, A., Rodin, G. (2007). Hidden morbidity in cancer: spouse caregivers. *Journal of clinical oncology*, 25(30), 4829-4834.

31- American Psychiatric Association. (2006). *American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders: compendium 2006*. American Psychiatric Pub. 15(3), 142-144

32- İşler, A., Conk, Z. (2006). Pediatri Aile Merkezli Bakım. Ege Pediatri Bülteni, 13(3), 187-193.

33- Aykanat, B., Gözen, D. (2014). Çocuk Sağlığı Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım Yaklaşımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(1), 683-695.

34-Jolley J, Shields L. The Evolution Of Family-Centered Care. *Journal Of Pediatric Nursing* 2009; 24(2): 164-170.

35- Öztürk, C., Dijle, A. Y. A. R. (2014). Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 7(4), 315-320.

36- Şahin, Ö. Ö., Topan, A., Suzan, Ö. K., Canbaz, T. Hastanede Çocuklara Bakım Veren Hemşirelerin Aile Merkezli Bakım Yaklaşımını Kullanma Durumlarının İncelenmesi, *Jaren*, 2020;6(1):89-96.

37. Brigitte S. Family Presence On Rounds A Systematic Review Of Literature". *Dimens Crit Care Nurs*, 2012, 31(1): 53-64.

38. American Academy Of Pediatrics Committee On Hospital Care. Family-Centered Care And The Pediatrician's Role. *Pediatrics*, 2012, 129(2):394-404.

39. Jolley J, Shields L. "The Evolution Of Family-Centered Care", *Journal Of Pediatric Nursing*, 2009, 24(2): 164-170.
40. Chapman, D. G., Toseland, R. W. (2007). Effectiveness Of Advanced İllness Care Teams For Nursing Home Residents With Dementia. *Social Work*, 52(4), 321-329.
- 41- Shoemark, H., Dearn, T. (2008). Keeping parents at the centre of family centred music therapy with hospitalised infants. *Australian Journal of Music Therapy*, 19, 3.
- 42- Erdeve, Ö. (2009). Aile Merkezli Bakım ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Tasarımında Ailenin Yeri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 51(3), 199-203.
- 43-Boztepe, H. (2009). Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 1(2), 88-93.
- 44- Melnyk, B. M., Alpert-Gillis, L., Feinstein, N. F., Fairbanks, E., Schultz-Czarniak, J., Hust, D., Bender, N. (2001). Improving Cognitive Development Of Low-Birth-Weight Premature İnfants With The Cope Program: A Pilot Study Of The Benefit Of Early Nicu İntervention With Mothers. *Research İn Nursing & Health*, 24(5), 373-389.
- 45- Çavuşoğlu, H. (2008). Hastaneye Yatmanın Çocuk ve Aile Üzerindeki Etkileri. *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*, 1.
- 46- Dunst, C. J., Trivette, C. M., Hamby, D. W. (2007). Meta-Analysis Of Family-Centered Helpgiving Practices Research. *Mental Retardation And Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(4), 370-378.
- 47- Boztepe H, Çavuşoğlu H. Bir Üniversite Hastanesindeki Uygulamaların Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2009; 11.
- 48- Ayyıldız, K. T., Ocakcı, A., Ayoğlu, F. N. (2006). Zonguldak İl Merkezinde 0-6

Yaş Çocuğu Olan Annelerin Çocuk Yetiştirme Tutumları.1(2), 34-45.

49- Seval, M., Rollas, B. G. (2018) Sosyal Travma Sonrası Ailenin Güçlendirilmesinde “Learn Modeli”. Aile Eksenli Şiddet ve Doğurduğu Sosyal Travmalar, Şiddet ve Sosyal Travmalar Uluslararası Kongresi, 267.

50- Başlı, M., Bekar, M., Civelek, İ. Kültürlerarası Hemşirelikte Kullanılan Modeller ve “Kültürel Yeterlilik Süreci Modeli”ni Anlamak. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, Cilt:1/ Sayı:1/ Yıl:2018, 18-24.

51- Yıldız, S. (2008). Yüksek riskli yenidoğanların taburculuğa hazırlanması ve preterm bebeklerin izlemi. İçinde T. Dağoğlu ve G. Görak. *Temel neonatoloji ve hemşirelik ilkeleri*, 2, 789-804.

52- Kudubeş, A. A., Bektaş, M. (2015). Çocukluk Dönemi Kronik Hastalıklarında Kullanılan Model ve Teoriler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8(1), 39-44.

53- Potts, N. L., Mandleco, B. L. (2012). *Pediatric Nursing: Caring For Children And Their Families (Book Only)*. Nelson Education.

54-Garlı, E., Çınar, N. Hastanede Çocuğu Yatan Ebeveynlerin Hemşirelerin Aile Merkezli Hemşirelik Bakımıyla İlgili Deneyimleri. (2018). Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 36(1), 35-44.

55-Ünver, S., Yıldırım, M. (2013). Cerrahi Girişim Sürecinde Çocuk Hastaya Yaklaşım. *Güncel Pediatri*, 11(3), 128-133.

56-Tokat, G. (2009). *Pediyatrik Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Ebeveyn Memnuniyetinin Değerlendirilmesi*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

57-Çiftçi, E. K., Aydın, D., Karataş, H. (2016). Cerrahi Girişim Uygulanacak Çocukların Ebeveynlerinin Endişe Nedenleri ve Anksiyete Durumlarının Belirlenmesi. J Pediat Res, 3(1), 23-9.

58-Çiftçi, U. D. H., Akbulut, U. D. G., Mercanlıgil, S. M. (2008) Solunum Sistemi Hastalıkları ve Beslenme Tedavisi, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 728.

59-Cengizlier, R. (2016) Çocuklarda Solunum Yolu Hastalıkları. Klinik Tıp Pediatri Dergisi, 8(6), 33-42.

60- Arias Y, Taylor Ds, Marcin Jp: Association Between Evening Admissions And Higher Mortality Rates İn The Pediatric İntensive Care Unit. Pediatrics. 113: E530-534, 2004.

61- . Khilnani P, Sarma D, Singh R Et Al: Demographic Profile And Outcome Analysis Of A Tertiary Level Pediatric İntensive Care Unit. Indian J Pediatr. 71:587-591, 2004.

62- Tutanç, M., Başarslan, F., Karcioğlu, M., Servet, Y. E. L., Kaplan, M., Arıca, S., Arıca, V. (2011). Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine Yatan Hastaların Değerlendirilmesi. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, 13(3), 18-22.

63- Çekin, B. (2014). Bir Üniversite Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Premature Bebeği Yatan Ebeveynlerin Stres Düzeyi ve Baş Etme Yöntemleri (Master's Thesis, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

64- Smith, J. G., Desai, P. P., Sira, N., Engelke, S. C. (2014). Family-Centered Developmentally Supportive Care İn The Neonatal İntensive Care Unit: Exploring The Role And Training Of Child Life Specialists. Children's Health Care, 43(4), 345-368.

65- Çalışkan, Z., Oğul, G. (2019). Çocuğu Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Annelerin Gereksinimlerinin, Kaygı Düzeylerinin ve Başetme Tarzlarının Belirlenmesi (Master's Thesis, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi).

66- American Academy Of Pediatrics Committee On Hospital Care., “Family-Centered Care And The Pediatrician’s Role”, Pediatrics, 112 (3), 690-697, 2003.

67- Oflaz, F. Hasta Çocuk ve Ebeveynlerdndn Pediatrik Yoğun Bakım Deneyimi ve Travmatik Stres. C.U. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008, 12(1).

68- Aydoğdu, F., Dilekmen, M. (2016). Ebeveyn Tutumlarının Çeşitli Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi. Bayburt Eğitim Fakültesi Dergisi, 11(2).

69- Kurşun, Ş., Kanan, N. (2012). Bakım Davranışları Ölçeği-24’ün Türkçe Formu’nun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(4), 229-235.

70-Özcan, F.G. (2017) Pediatri servislerinde uygulanan hemşirelik yaklaşımının aile merkezli bakım açısından değerlendirilmesi (Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

71-Tutkun, C., Dinçer, Ç. (2010) İstanbul Üniversitesi Açık Ve Uzaktan Eğitim Fakültesi Çocuk Gelişimi Lisans Programı Fiziksel Büyüme Ve Motor Gelişim Ders Modülü.ErişimAdresi:http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/cocukgelisimilisans_ao/fizikselbuyumevmotorg.pdf Erişim Tarihi:10.9.20

72-Byers J.F, Lowman L.B, Francis J, et al. A Quasi Experimental On Individualized, Developmentally Supportive Family-Centered Care. JOGN 2006; 35: 105-115.

73-Cooper L, Gooding J, Gallagher J, Sternesky L, Ledsy R, Berns S. Impact Of A Family-Centered Care Initiative On Nicu Care, Staff and Families. Journal of Perinatology 2007; 27(1): 32-37.

10-EKLER

-EK1

PEDİATRİK YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE BAKIMA KATILAN EBEVEYNLERİN ETKİLENME DÜZEYLERİ İLE AİLE MERKEZLİ BAKIM ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu çalışma pediatrik yoğun bakım ünitelerinde bakıma katılan ebeveynlerin etkilenme düzeyleri ile aile merkezli bakım arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Sizlerden elde ettiğimiz bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Sonuçların doğru hesaplanabilmesi için lütfen tüm soruları yanıtlayınız. Çalışmamıza katıldığınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

ANKET NO:.....

Cocuğa İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

1.Çocuğunuzun yaşı hangi aralıktadır?

a-0-2 yaş arası b-2-5 yaş arası c-5-10 yaş arası d-10-18 yaş arası

2. Çocuğunuzun cinsiyeti nedir? a. Kız b. Erkek

3. Çocuğunuzun hastalığının teşhisi nedir?

a. Semptom araştırılıyor b. Nörolojik c. Solunum sistemi
d. Kas-iskelet sistemi e. Endokrin f. Genitoürinersistem
g. Dermatolojik h. Kardiyak k. Çeşitli enfeksiyonlar
l.Yaralanma m. Cerrahi n.Diğer.....

4. Çocuğunuzun yoğun bakımda yatış süresi nedir?

a. 10 günden az b.10 gün – 30 gün arası c. 30 günden fazla

Ebeveyne İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

1.Ankete katılan ebeveyn kimdir?

a. Anne b. Baba c. Diğer

2. Yaşınız hangi aralıktadır?

a.18-25 yaş arası b.25-30 yaş arası
c.30-35 yaş arası d.35 yaş üstü

3. Eğitim durumunuz nedir?

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

4.Çocuk sayınız nedir?

- a.1 b.2 c.3 d.4 e.5 f. 5 ten f

5. Gelir durumunuz nedir?

- a. Gelir giderden az b. Gelir gidere eşit c. Gelir giderden fazla

6. Sosyal güvenceniz var mı?

- a. Evet b. Hayır

Lütfen aşağıdaki çocuğunuza verilen bakım uygulamalarına ait soruları cevaplandırınız.

1. Çocuğunuzun solunum ile alakalı / cihaz uygulamalarından hangisine katılıyorsunuz?

- a. Postural drenaj/solunum fizyoterapisi yapmak.
b.Bibap/cpap/home ventilatör/öksürtme cihazı kullanmak.
c.Oranazal/total yüz maskesi/nazal maske bağlanması
d.Trakeostomi bakımı yapmak
e.Solunumla alakalı herhangi bir uygulamaya katılmamaktayım.

2. Çocuğunuzun aspirasyon uygulamalarından hangilerine katılıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a. Trakeal aspirasyon b. Ağız içi aspirasyon
c. Burun içi aspirasyon d. Aspirasyon uygulamasına katılmamaktayım.

3. Çocuğunuzun ilaç uygulamalarından hangilerine katılıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a. Oral ilaçlarını içirme
b. NG'den veya PEG'den tablet veya şurupların verilmesi
c. Çocuğunuza ait dermal kremleri sürmek
d. İnhaler olarak nebüllerin verilmesi
e. İlaç uygulamasına katılmamaktayım.

4. Çocuğunuzun beslenme uygulamalarından hangilerine katılıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a. Çocuğumu emziriyorum.
b. Çocuğumu oral (ağızdan) yemek yediriyorum.
c. Çocuğumun enteral olarak (NG veya PEG'den) mama ile besliyorum.
d. Beslenme uygulamasına katılmamaktayım.

5. Çocuğunuzun öz bakım gereksinimlerini yerine getirmede nelere katılıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a.Banyo yaptırma b.Diş fırçalama /ağız bakımı verme
c.Alt değiştirme d.Kıyafet giydirme
e.Tırnak kesme f.Çocuğumu uyutma
g.Çocuğumla oyun oynama/muhabbet etme h.Yüz ve göz bakımı verme

1.
Diğer.....
....

6 .Çocuğunuzun bakımında aşağıdaki uygulamalardan hangilerine katılıyorsunuz?

- a.Pozisyon verme
- b.Sıcak veya soğuk uygulama yapmak
- c.Vucudunu kreleme ve masaj yapmak
- d.Yatak takımını değiştirmeye yardımcı olmak.
- e.Bu uygulamalardan herhangi birine katılmıyorum.
- f.Diğer.....

EK2-BAKAS BAKIM VERME ETKİ ÖLÇEĞİ

Bu sorular grubu, bir hastaya bakım vermenizden kaynaklanan yaşamınızdaki muhtemel değişikliklerle ilişkilidir. Aşağıda sıralanan her muhtemel değişiklik için, değişikliğin derecesini gösterecek bir numarayı işaretleyiniz. Değişikliğin derecesini belirleyen numaralar -3 (en kötü yönde değişti) ve +3 (en iyi yönde değişti) arasında değer almaktadır. “0” değişmedi anlamına gelmektedir

	En Kötü Yönde Değişti	Değişmedi	En İyi Yönde Değişti
--	-----------------------	-----------	----------------------

Bakıma ihtiyacı olan bir kişiye bakım sağlamanın bir sonucu olarak:	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
1-Kendime güvenim/öz saygım							
2-Fiziksel sağlığım							
3-Aile aktiviteleri için zamanım							
4-Stresle başa çıkabilme yeteneğim							
5-Arkadaşlarla olan ilişkim							
6-Geleceğe bakış açım							
7-Enerji düzeyim							
8-Duygusal iyilik halim							
9-Yaşamdaki rollerim							
10-Arkadaşlarımla sosyal aktiviteler için zamanım							
11-Ailemle ilişkim							

12-Maddi iyilik durumum							
13-Bakıma ihtiyacı olan hastamla ilişkim							
14-Fiziksel işlevselliğim							
15-Genel sağlığım							
16-Genel olarak; bakıma ihtiyacı olan hastanın bakımını üstlenmenin bir sonucu olarak yaşamınız nasıl değişti							

EK 3 AİLE MERKEZLİ BAKIM ÖLÇEĞİ

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		
2	Hemşireler çocuğumun bakımında önemli yerim olduğunu bana hissettirirler		
3	Hemşireler çocuğumun hemşirelik bakımını planlarken beni ekibin değerli bir üyesi sayarlar		
4	Hemşireler yaptıkları hemşirelik bakımı hakkında açıklama yaparlar.		
5	Hemşireler çocuğumun durumunda olabilecek değişiklikler hakkında açıklama yaparlar.		
6	Hemşireler iyi bakım verildiğini çocuğuma hissettirirler.		
7	Hemşireler çocuğuma verdiklerin bakımın iyi olduğunu bana hissettirirler.		

EK 4 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Bu çalışma; pediatrik yoğun bakım ünitelerinde bakıma katılan ebeveynlerin çocuklarının hastalık sürecinden ne düzeyde etkilendikleri ve yoğun bakım ünitesinde verilen aile merkezli bakım arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu tez çalışmasında yapılacak araştırmalar sonucunda elde edilecek verilerin; çocuklarına bakım veren ebeveynlerin etkilenme düzeyleri ile aile merkezli bakım yaklaşımı arasında bir ilişki olup olmadığı belirlenecektir.

Çalışmaya katılıp katılmamakta özgürsünüz, dolduracağımız ankette kimlik bilgileriniz yer almayacaktır. Çalışmaya katılmadığınızda herhangi bir cezai durumla karşılaşmanız söz konusu değildir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar sadece araştırmanın raporunda ve yayınlanmasında kullanılacaktır.

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

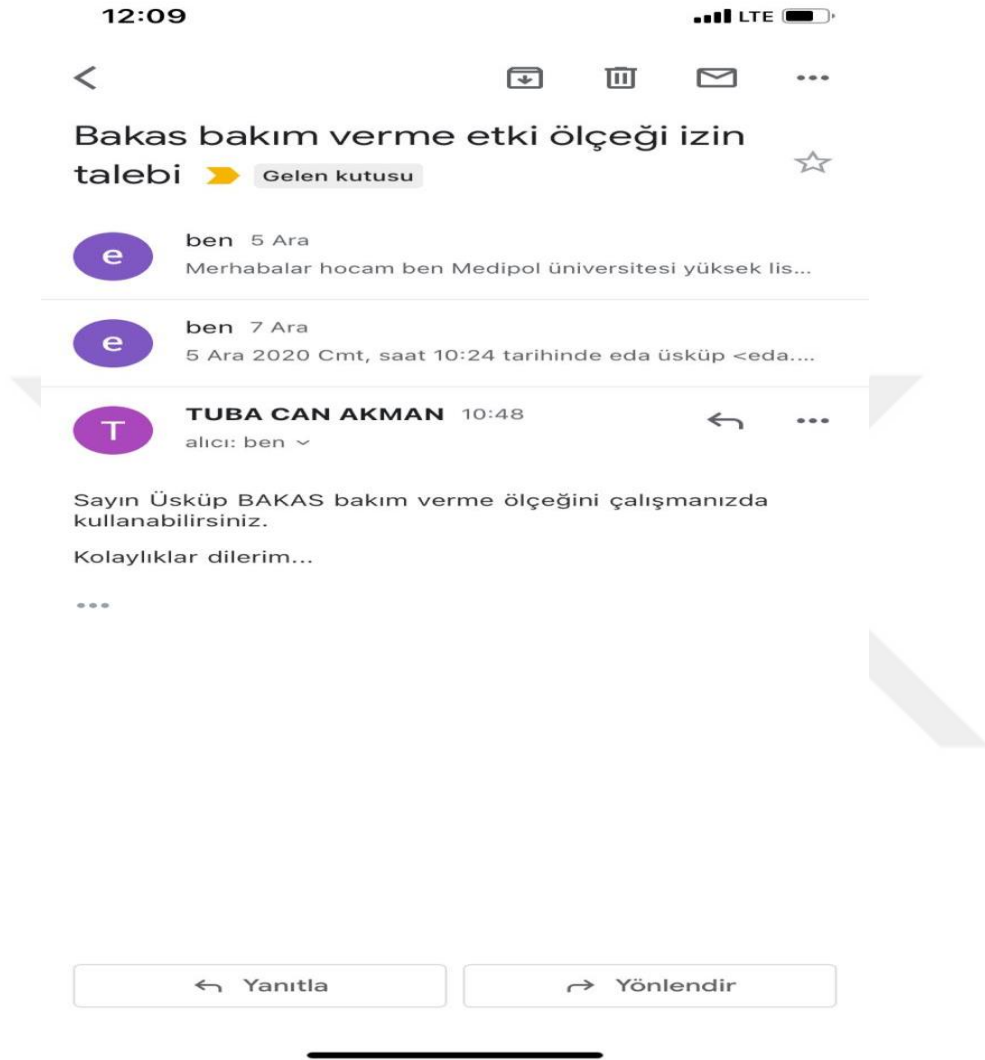
Bilgilendirenin Adı- Soyadı:

Bilgilenenin Adı-Soyadı:

İmza:

İmza:

EK 5



EK 6

The screenshot shows a Gmail interface with the following content:

Ölçek kullanım izni Hk. [İletişim](#)

Ayşe KÖKÇÜ DOĞAN <iletisim@medpol.edu.tr>
Alışverişçi: Deniz 73aitekin

18 Eylül 2019 Çarşamba 16:30

Bayan hocam,
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Dr. Öğretim Üyesiym. Yüksek Lisans Öğrencisiyim ve araştırma alanımın gereği olarak Aile Merkezi Bakım Ölçeği'nin kullanım izni talep etmekteyim. Uygun gördüğünüz takdirde ölçeğin kullanılabilmesini formu ile gönderebilirseniz memnun olurum.

Teşekkür eder saygılarımla.

YATIRIM İSMİ: Aile Merkezi Bakım Ölçeği'nin Türkiye'ye Uyarlanması
Değerlik ve Güvenlik Çalışması

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KÖKÇÜ DOĞAN
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi

Deniz 73aitekin <deniz73aitekin@hotmail.com>
Alışverişçi: Deniz 73aitekin

Merhaba Hocam

Aile Merkezi Bakım Ölçeği'nin araştırmanızda kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar dilerim.

Gönderen: Ayşe KÖKÇÜ DOĞAN <iletisim@medpol.edu.tr>
Gönderildi: 18 Eylül 2019 Çarşamba 16:30
Konu: Ölçek kullanım izni Hk.

...


[İletişim] [Deniz 73aitekin](#)

2 EK


[Aile Merkezi Bakım Ölçeği](#) [Aile Merkezi Bakım Ölçeği](#)

Yanıtla | Yönlendir

11- ETİK KURUL ONAYI

 **MEDİPOL UNV**
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı


E-İmzadır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.5005
Konu : Etik Kurulu Kararı

31/01/2020

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Aysel KÖKCÜ DOĞAN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Pediatrik Yoğun Bakım Ünitelerinde Bakıma Katılan Ebeveynlerin Etkilenme Düzeyleri İle Aile Merkezli Bakım Arasındaki İlişki" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 31.01.2020 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrakınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden E2E1DBCFX9 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kavacık Mah. Ekinçiler Cad. No.19 Kavacık Kavşağı - Beykoz
34810 İstanbul

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Pediatrik Yoğun Bakım Ünitelerinde Bakıma Katılan Ebeveynlerin Etkilenme Düzeyleri İle Aile Merkezli Bakım 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 type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>