

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ANNELERİN HASTANEDE YATAN ÇOCUĞUN
BAKIMINA KATILMA VE MEMNUNİYET DURUMLARI**

**Hazırlayan
Sevim ÇİMKE**

**Danışman
Yrd. Doç. Dr. Salime MUCUK**

Yüksek Lisans Tezi

**Aralık 2013
KAYSERİ**

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ANNELERİN HASTANEDE YATAN ÇOCUĞUN
BAKIMINA KATILMA VE MEMNUNİYET DURUMLARI**

**Hazırlayan
Sevim ÇİMKE**

**Danışman
Yrd. Doç. Dr. Salime MUCUK**

Yüksek Lisans Tezi

**Aralık 2013
KAYSERİ**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Sevim ÇİMKE

İmza :

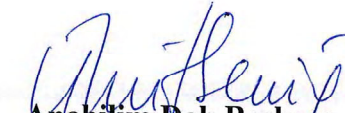
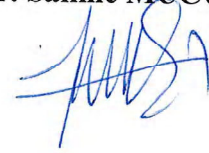
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI

“Annelerin Hastanede Yatan Çocuğun Bakımına Katılma ve Memnuniyet Durumları” Tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi'ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan
Sevim ÇİMKE



Danışman
Yrd. Doç. Dr. Salime MUCUK



Anabilim Dalı Başkanı
Prof. Dr. E. Ümit SEVİĞ

Yrd.Doç.Dr.Salime MUCUK danışmanlığında **Sevim ÇİMKE** tarafından hazırlanan “**Annelerin Hastanede Yatan Çocuğun Bakımına Katılma ve Memnuniyet Durumları**” konulu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Anabilim Dalı’nda **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

31. / 12 / 2013

JÜRİ

Danışman : Yrd. Doç. Dr. Salime MUCUK.....
Kadın Doğum Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD)

Üye : Doç. Dr. Meral BAYAT
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD)

Üye : Doç. Dr. Sevinç POLAT.....
Bozok Üniv. SYO Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD

İmza

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulununtarih ve.....sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Prof.Dr. Saim ÖZDAMAR
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Çalışmamın planlanması ve yürütülmesini yönlendiren danışmanım Yrd. Doç. Dr. Salime MUCUK' a,

Bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen saygıdeğer hocam Doç. Dr. Sevinç POLAT'a

Çalışmamın her aşamasında bana destek olan değerli arkadaşlarım Gökçen AYDIN ve Betül KUŞ' a,

Verilerin toplanması aşamasında yardım ve hoşgörüsünden dolayı Bozok Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi personeli ve çalışmaya katılmayı kabul eden annelere,

Çalışmam sırasında bana büyük destek veren SEVGİLİ AİLEME sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ANNELERİN HASTANEDE YATAN ÇOCUĞUN BAKIMINA KATILMA VE MEMNUNİYET DURUMLARI

Sevim ÇİMKE

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi, Aralık 2013

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Salime MUCUK

ÖZET

Bu araştırma annelerin hastanede yatan çocuklarının bakımına katılma ve memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Yozgat Bozok Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi çocuk kliniklerinde yatan 285 anne çalışma kapsamına alınmıştır.

Veriler Çocuk Aile Tanıtıcı Anket Formu, PedsQL Sağlık Bakım Memnuniyet Ölçeği (PedsQL SBMÖ) ve Aile Merkezli Bakım Anketi (AMB-A) ile 01.09.2012-30.04.2013 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistikler, Cronbach's Alpha, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis ve Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Annelerin yaş ortalamasının 28.49 ± 5.84 yıl olduğu, çocukların %48.8'inin daha önce hastane deneyimi olduğu, %29.9 ise aynı klinikte daha öncede tedavi olduğu belirlenmiştir. Annelerin AMB-A aldıkları toplam puan ortalamasının 59.64 ± 9.84 ve PedsQL SBMÖ toplam puan ortalamasının 71.63 ± 23.42 olduğu saptanmıştır. Annelerin AMB-A ölçeği puanları ile PedsQL SBMÖ'den aldıkları puanlar ($r_s = 0.730^{**}$) arasında pozitif yönde çok güçlü düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu, AMB-A aldıkları puan arttıkça PedsQL SBMÖ'den aldıkları puanında arttığı tespit edilmiştir ($p < 0.001$). Annelerin %70.2 si çocuklarının tanısına ilişkin bilgi aldığı tespit edilmiştir. Annelerin klinikte çocuklarının bakımına yönelik en çok yaptıkları uygulamaların çocuğun ağızdan beslenmesi (%91.6), kıyafetlerinin değiştirilmesi (%89.1), ağırlı işlemlerde çocuğun yanında bulunma (%77.5) olduğu belirlenmiştir. Annelerin %61.4'üne hemşireler tarafından uygulamaların yapılarak gösterildiği, ancak %51.6'sının uygulamayı yaparken hemşireler tarafından gözlemlenmediği ve %55.8'inin ise yaptıkları uygulamaya ilişkin her hangi bir geri bildirim almadığı saptanmıştır. Annelerin yaptıkları bakım aktiviteleri öncesi bilgilendirilmesi, uygulamanın hemşireler tarafından yapılarak gösterilmesi, ebeveynin işlemi yaparken gözlemlenmesi ve geri bildirim verilmesi durumlarına göre hem AMB-A hem de PedsQL SBMÖ puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p < 0.001$). Lise ve üzeri eğitim durumuna sahip, ilde yaşayan ve çalışan annelerin PedsQL SBMÖ puan ortancalarının diğer gruplardaki annelerden düşük olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda; annelerin kliniğe kabulden taburcu olana kadar her aşamada çocukları ile ilgili sürekli, zamanında ve eksiksiz bilgilendirilmesi, çocuklarının bakımında yeterli hale gelene kadar desteklenmesi ve annelerin kendi seçimleri ve istekleri düzeyinde çocuklarının bakımına dahil edilmeleri önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Anne katılımı, Aile merkezli bakım, Ebeveyn memnuniyeti, Hastanede Yatan Çocuk

**THE STATUS OF MOTHERS' PARTICIPATION OF THE HOSPITALIZED CHILDREN'S
CARE AND THEIR SATISFACTION**

Sevim ÇİMKE

Erciyes University, Health Sciences Institute

Nursing Department

Master Degree Thesis, December 2013

Supervisor: Asst.Prof.Dr. Salime MUCUK

ABSTRACT

The study was descriptively conducted in order to determine mothers' status of participation in the care of the hospitalized children's and their satisfaction levels. Two hundred eighty five parents who stayed at pediatric clinics of Yozgat Bozok maternity and children hospital were included in the study.

The data were gathered using A Questionnaire Form On Descriptive Characteristics of Children and Mothers', PedsQL healthcare satisfaction generic module (PedsQL HCSGM) and Family Centered Care Survey (FCC-S) between the 1st of September 2012 and the 30th of April 2013. For the data assessment; descriptive statistics, Cronbach's Alpha, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis and Spearman correlation Analysis were employed.

It was found out that mean ages of the mothers was 28.49 ±5.84 years, 48.8% of the children had previous hospital experience and 29.9% were treated at the same clinics before, too. Mean FCC-S scores of the mothers was 59.64±9.84 and mean total score of PedsQL HCSGM was 71.63±23.42. It was noted that there was a positive, strong and statistically significant correlation between mothers' FCC-S scores and PedsQL SBMÖ scores ($r_s = 0.730^{**}$) and as FCC-S scores increased so did PedsQL HCSGM scores ($p < 0.001$). It was seen that 70.2% of the mothers received information on the diagnosis of the children. It was observed that the most common tasks performed by the mothers for the care of the children at the clinics were oral feeding (91.6%), changing clothes (89.1%) and accompanying the children during the painful interventions (77.5%). It was detected that 61.4% of the mothers were demonstrated by the nurses the interventions through method of learning by practicing, 51.6% of the mothers were not watched by the nurses while performing the interventions, 55.8% did not receive any feedback on the interventions done. It was noted that there was a statistically significant correlation between provision of information on the interventions done by the mothers before care activities, demonstration of the interventions through method of learning by practicing, observation of the mothers while performing the interventions, getting a feedback and mean scores obtained from FCC-S and PedsQL HCSGM satisfaction scale ($p < 0.001$). It was detected that the satisfaction level of mothers who education level of high school and high levels, live in city center and worker were lower than the other mothers ($p < 0.05$).

In light of these results; it is recommended that mothers should be continuously, timely and thoroughly informed about their children from the admission until discharge in every step; should be backed until they are efficient in the care of the children and should be involved in the care of the children as much as they wish.

Key words: Mothers' participation, Family-Centered Care, Parent's Satisfaction, Hospitalized Children's

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK.....	1
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI.....	ii
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI.....	iii
ONAY.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
KISALTMALAR.....	x
TABLO LİSTESİ.....	xi
1.GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	1
2.1.HASTANEDEKİ ÇOCUĞUN BAKIMINA EBEVEYN KATILIMI.....	4
2.2.HASTANEDEKİ ÇOCUĞUN BAKIMINA EBEVEYN KATILIMININ YARARLARI.....	6
2.3.EBEVEYNİN ÇOCUĞUN HASTANEDEKİ BAKIMINA KATILIMININ ÖNÜNDEKİ ENGELLER.....	7
2.4. EBEVEYNİN ÇOCUĞUN BAKIMINA KATILIMINI SAĞLAMADA HEMŞİRENİN ROLÜ.....	8
2.5.EBEVEYN MEMNUNİYETİ.....	9
2.6.EBEVEYN MEMNUNİYETİNİ ETKİLEYEN ETMENLER.....	10
2.7. EBEVEYN MEMNUNİYETİ DEĞERLENDİRİLMENİN ÖNEMİ.....	11
2. 8.EBEVEYN MEMNUNİYETİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI.....	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	14
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	14
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	14
3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	15
3.3.1.Araştırmanın evreni:.....	15
3.3.2.Araştırmanın örnekleme:.....	15
3.3.3.Araştırmaya alınma kriterleri:.....	15
3.4.VERİLERİN TOPLANMASI.....	16
3.4.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması.....	16
3.4.1.1.Çocuk-Aile Tanıtıcı Özellikler Anket Formu (EK-1).....	16
3.4.1.2. Aile Merkezli Bakım Anketi (AMB-A) (EK-2).....	16

3.4.1.3.PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği (EK-2).....	17
3.4.2. Ön Uygulama.....	18
3.4.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması:	18
3.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	18
3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU.....	19
3.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GENELLENEBİLİRLİĞİ.....	19
3.8. ÇALIŞMA PLANI:.....	19
3.9. ÇALIŞMA TAKVİMİ:	20
4.BULGULAR.....	21
5.TARTIŞMA VE SONUÇ.....	34
6.KAYNAKLAR.....	43
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

KISALTMALAR

AMB	: Aile Merkezli Bakım
AMB- A	: Aile Merkezli Bakım Anketi
FCC-S	:Family centered care survey
PedsQL SBMÖ	: Pediatric Quality of Life Inventory Sağlık Bakım Memnuniyet Ölçeği
PedsQL HCSGM	: Pediatric Quality of Life Inventory Healthcare Satisfaction Generic Module
YKDÇH	:Yozgat Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Çocukların Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı	21
Tablo 4.2. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	22
Tablo 4.3. Annelerin Çocukları İle İlgili Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı.....	23
Tablo 4.4. Annelerin Hastanede Çocuklarına Uyguladıkları Bakım Aktivitelerinin Dağılımı	24
Tablo 4.5 Annelerin Hastanede Çocuklarına Uyguladıkları Bakım Aktiviteleri Öncesi Hemşireler Tarafından Bilgilendirilme Durumlarının Dağılımı	25
Tablo 4.6. Annelerin Aile Merkezli Bakım Anketi Alt Grup ve Toplam Puan Dağılımları	26
Tablo 4.7. Annelerin PedsQL Sağlık Bakım Memnuniyet Ölçeği Alt Grup ve Toplam Puan Dağılımları.....	26
Tablo 4.8. Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre AMB-A ve PedsQL SBMÖ Puanlarının Dağılımı	27
Tablo 4.9. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre AMB-A ve PedsQL SBMÖ Puanlarının Dağılımı	29
Tablo 4.10. Annelerin Hastanede Çocuklarına Yaptıkları Bakım Aktiviteleri Öncesi Bilgilendirilme Durumlarına Göre AMB-A ve PedsQL SBMÖ Puan Dağılımları	31
Tablo 4.11. Annelerin AMB-A ve PedsQL SBMÖ Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki	33

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Günümüzde aile için büyük önem taşıyan çocuğun, hastalanması ve hastaneye yatması çocuk ve ailesini olumsuz bir şekilde etkilemektedir (1,2). Herhangi bir sebeple hastaneye yatmak zorunda kalan çocuklar hastane ortamında çeşitli etkenlere bağlı olarak sosyal, psikolojik, gelişimsel ve çevresel sorunlar yaşamaktadırlar (2). Çocuğunun hastaneye yatması ile işten ve evden uzak kalma, mali kaygılar yaşama, çocuğun tanı ve prognozunun belirsizliği gibi problemlerle karşı karşıya kalan ebeveyn için ise bu durum yoğun bir anksiyete nedeni olmaktadır (1-3). Özellikle daha önce hastane deneyimi olmayan çocuk ve ebeveynde yabancı oldukları hastane ortamına ilişkin bilinmezlikler, çocuğun bakımında hissettikleri kontrol kaybı ebeveynlerin yaşadıkları korku ve endişeyi arttırmaktadır (2).

Hastane ortamında aile ile çocuk arasındaki sevgiye dayalı güçlü ve destekleyici ilişki çocuk için en önemli destek kaynağıdır. Ailenin çocuğa sağladığı destek, onun sağlık sorununa ve hemşirelik bakımına tepkilerini belirleyen en önemli faktördür. Bu nedenle çocuk sağlığı hemşireliğinde ailenin çocuğun bakımına dahil edilmesi çok önemlidir (1,4). Çocuk sağlığı hemşireliğinde ebeveynin bakıma katılımı, ebeveynlerin çocuğunun hastaneye yatması durumunda yaşadıkları stres ile en etkili şekilde baş etmelerini sağlayan, ailenin çocuğun bakımındaki rollerini destekleyen ve çocuğun yaşamında ailenin rolünü kabul eden bir yaklaşımdır (1).

Sağlık personeli tarafından çocuğun sağlık durumu hakkında sürekli bilgilendirilerek çocuklarının tedavi ve bakımına katılan ebeveynlerin yaşadıkları çaresizlik duyguları azalırken, durumun kontrol altında olduğu duygusunu yaşamaları sağlanmaktadır. Bu

nedenle ebeveynlerin bilgilendirilmesi ve sağlık ekibiyle işbirliği içinde olması çocuğun durumu ile etkili olarak başa ıkabilmesinde, önem taşımaktadır (5).

Yapılan araştırmalar, ebeveynlerin aile merkezli bakım (AMB) ilkeleri doğrultusunda çocuklarının bakımda yer almak istediklerini göstermektedir. Çocukları hastaneye yatan ebeveynler onların yanında kalmak, çocuklarının bakımına ve çocukları hakkında verilen kararlara katılmak, çocuklarının durumu, tanı ve tedavisi konusunda sık sık bilgilendirilmek istediklerini belirtmiştir (6-9). Hemşireler ise aileleri çocuğun bakımına katmalarının gerekliliğine inandıkları ancak iş yüklerini arttırdığını, zaman ve enerji kaybına neden olduğunu düşündükleri için uygulamada bir takım aksaklıkların ortaya çıktığı belirlenmiştir (10-11).

Çocuğunun durumu konusunda bilgilendirilen, karar verme süreçlerine katılan ebeveynlerin anksiyete düzeylerinin azaldığı, sağlık bakımından memnuniyet düzeylerinin arttığı bildirilmiştir (12-14). Ebeveyn memnuniyeti, ocuk kliniklerinde kaliteli bakımın bir sonucu olarak kabul edilmektedir (15). Bu nedenle verilen bakımın etkinliğinin belirlenmesinde sağlık kurumlarında ebeveyn memnuniyeti değerlendirmeleri önemli bir yere sahiptir (16).

Ailenin bakıma katılımı, hizmetin kalitesini artırarak verilen sağlık hizmetinden daha etkin bir şekilde yararlanmayı sağlayan ve ebeveyn memnuniyetini olumlu yönde etkileyen bir uygulamadır (17,18). Gelişmiş ülkelerde pediatri kliniklerinde, kaliteli ve güvenli bakım hedeflerine ulaşmayı sağlayarak tedavi ve bakım hizmetlerinden memnuniyeti arttırmak için aile merkezli bakım ilkeleri doğrultusunda ailenin bakıma dahil edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (18,19). Ülkemizde aile merkezli yaklaşım kavramı bilinmekle birlikte yeterli derecede uygulanmadığı düşünülmektedir. Yapılan alışmalar ebeveynlerin çocuklarının tedavisi ile ilgili karar sürecine yeterince katılamadıklarını, tıbbi bakımlarından çok bedensel bakımlarına katılabildiklerini, yeterince bilgilendirilmediklerini ve endişelerinin yeterince giderilemediğini belirtmiştir (6,7,20,21).

Ailenin bakıma katılımının verilen sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyeti arttırmakta önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Ancak, lkemizde ebeveyn memnuniyeti ile ailenin bakıma katılımı arasındaki ilişkiyi gösteren araştırma bulunmamaktadır.

Bu çalışma Yozgat Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, çocuk kliniklerinde çocuğu yatan annelerin bakıma katılma ve aldıkları bakımdan memnuniyet durumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.HASTANEDEKİ ÇOCUĞUN BAKIMINA EBEVEYN KATILIMI

Yirminci yüzyılın ortalarına kadar çocuklar hastanelere ebeveynler olmadan kabul edilmekteydi. Ebeveynler çocuklar için enfeksiyon kaynağı olarak görülmekte ve çocuklarını ziyaret saatlerinde ya da haftada birkaç saat görmelerine izin verilmekteydi. Ayrıca o dönemde çocukların hastaneye yatışları özellikle tüberküloz gibi kronik hastalıklar nedeniyle daha uzun sürebilmekteydi. Çocukların duygusal ihtiyaçları karşılanmadığı için, bu süreç çocuklarda psikolojik travmaya neden olmaktadır (22). İlerleyen zamanlarda yapılan çalışmalarla da, bu durumun çocuk ve ebeveynler için büyük bir duygusal travmaya neden olduğu fark edilmiştir (23,24). Yapılan bu çalışmalar Kanada, Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya ve çeşitli Avrupa ülkelerinin çocuklara sağlanan bakımın geliştirilmesine yönelik hastane bakım politikalarını doğrudan etkilemiştir. Elli yıla yakın süre önce yayınlanan Platt Raporu ile çocuklarla ebeveynlerin hastaneye birlikte kabul edilerek çocuğun bakımına ailenin katılımının sağlanmasının, pediatrik hasta bakımında hayati bir yaklaşım olduğu kabul edilmiştir (25).

Ülkemizde ebeveynlerin çocukları ile hastaneye kabul edilmesi ve bakımlarına katılımı özellikle 1980'lerin sonlarında başlamıştır. Günümüzde çocuğa refakat eden bireylerin uyuma, dinlenme, yiyecek hazırlama gibi gereksinimlerini giderecekleri ortamlar hazırlanmaya başlanmıştır. Ayrıca ülkemizde 8/3/2010 tarihli ve 27515 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinin yedinci maddesine 2011 yılında eklenen fıkralar ile çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşirelerinin genel görev, yetki ve sorumlulukları ailenin çocuğun bakımına katılımını destekler nitelikte yeniden

tanımlanmıştır. Bu yönetmeliğe göre çocuğun hastaneye kabulünden itibaren, aileyi ve çocuğu bir arada ele alan ve aileyi çocuğun bakımına dahil eden yaklaşım açıkça benimsenmiştir. Buna göre;

- a) Çocuğun bakım gereksinimlerini çocuğun ve ailenin kültürel, sosyal, tıbbi durumuna ilişkin veriler doğrultusunda saptar, belirlediği gereksinimlerin karşılanması için planladığı bakımı uygular ve bakımın sonucunu değerlendirir.
- b) Çocuğu aile ve çevresi ile bir bütün olarak ele alır ve vereceği bakımın her aşamasına aileyi dahil eder.
- c) Yatış işlemleri tamamlanmış çocuğu ve ailesini servise kabul eder, kendileri için ayrılan oda ve yatağına alır, çocuk ve ailesinin servise/kuruma uyumunu sağlar.
- ç) Çocuk ve ailesine rahat ve güvenli ortamı sağlar, odada gerekli malzemelerin yeterli ve çalışır durumda olduğunu kontrol eder.
- d) Çocuk, aile ve çevresi ile ilişki kurmada uygun iletişim tekniklerini kullanır (26).

Her aile ve her kültür tektir ve birbirinden farklıdır (13). Bu nedenle sağlık bakımı verenlerin hasta ve aileye yaklaşımı da kişiye özel olmalıdır. Çocuk sağlığı hemşireliğinde ailenin çocuğun yaşamının merkezinde bulunduğu, çocuk ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal, entelektüel, kültürel ve spiritüel yönlerden bir bütün olarak ele alındığı bütüncül bir bakış çerçevesinde bakım vermek çok önemlidir (1,27).

Pediatride ailenin çocuğun bakıma katılımını destekleyen en önemli sağlık bakım modeli aile merkezli bakım yaklaşımıdır. Çocuk sağlığı hemşireliği, çocuğun ve ailesinin sağlık düzeyini bütüncül bir bakış açısıyla en üst düzeyde tutmayı amaçlayan aile merkezli bakım anlayışı üzerine kurulmaktadır (28,29). Aile merkezli bakım çerçevesinde bakımın temelinde yer alan aile, hastanın birincil destek sistemi olarak görülür ve sağlık çalışanı ile aile güçlü bir işbirliği içindedir (28). Aile merkezli bakım felsefesinde aile ve bakım vericiler arasında karşılıklı saygı, işbirliği ve iletişim önemlidir. Sağlık personeli, aileleri yargılamayan bir iletişimle onların bilgilerine saygı duyarak, ailenin çocuğun yaşamında önemli bir rol oynadığı bakım ortamını destekler (30,31). Aile merkezli bakım; bir yandan çocuğun tıbbi ve psikososyal sağlığını geliştirirken, diğer yandan ailenin çocuğun bakımına tam olarak katılmasını destekleyerek güçsüz yönlerini ve endişelerini gidermeye katkıda bulunur (12,32).

Aile merkezli bakım çerçevesinde aşağıdaki prensipler doğrultusunda ailenin bakıma katılımının sağlanması oldukça önemlidir (12,13,33-37).

1. İtibar ve saygı: Sağlık çalışanları ailelerin değerleri, inançları ve kültürel geçmişlerinden kaynaklanan tercihlerine ve görüşlerine saygı duyar ve bunları sunulan bakımla bütünleştirir. Cinsiyet, dini inançlar, dil, eğitim ve kişisel öykü ilişkisinin karşılıklı her iki tarafın beklentilerini ve davranışlarını belirleyen önemli bir etkidir. Tanı koymada ve kapsamlı bakım vermede gerekli olan bilginin edinilmesinde eğer sağlık personeli hastanın ve ebeveynlerin kültüründen etkilenen psikososyal faktörlere yabancı ise bakım kalitesinde aksama olacaktır. Bu nedenle çocuk ve ebeveynin beden, hastalık ve tedavi ile ilişkili inançları ve beklentileri belirlenmeli ve bakım verilirken dikkate alınmalıdır (38)

2. Bilgi paylaşımı: Sağlık personeli hastaları ile ilgili bilgileri ve gelişmeleri aileler ile düzenli olarak, zamanında, tam, doğru ve ön yargısız olarak paylaşmalıdır. Ebeveyn, çocuk ve sağlık çalışanları arasındaki etkili bir iletişim ve bilgi alış veriş hizmetten alınan memnuniyeti, çocuk ve ebeveynin tedavi planına uyumunu ve tedavinin etkinliğini artırmaktadır (39).

3. Ailenin bakımda yer alması: Aileler kendi seçimleri ve istekleri düzeyinde hastalarının bakımında yer almaya ve onlarla ilgili karar vermeye cesaretlendirilmelidir. Yapılan çalışmalar ailelerin hastanede yatan çocuklarının tedavisi hakkında bilgilendirilmek ve bakıma katılmak istediklerini aksi takdirde bazı ebeveynler kendilerini yabancı gibi hissettiklerini söylemişlerdir. Ancak ebeveynler bazen kendilerine yeterince güvenmedikleri ve çocuklarının daha kaliteli bir bakım sağlanması için, kendilerinin bakıma katılımının sınırlanmasının gerektiğini düşünmektedir (39).

4. Aile ile iş birliği: Aileler bakım ile ilgili programların geliştirilmesinde ve kurumun tasarımında sağlık çalışanları ile iş birliği içerisinde olurlar. Bu işbirliği çocuğun bakımının düzenlenmesinden sağlıkla ilgili politikaların oluşturulmasına kadar uzanmaktadır. Ebeveynlerle açık ve dürüst bir iletişimle işbirliği yapıldığı zaman daha iyi klinik kararlar alınabilmektedir (40).

2.2.HASTANEDEKİ ÇOCUĞUN BAKIMINA EBEVEYN KATILIMININ YARARLARI

Ebeveynle birlikte çalışmak sağlık çalışanlarına çocuk için en iyi tedavinin ne olduğuna daha bilinçli ve çocuğa özgü karar verebilmelerinde yardımcı olur. Ebeveynler ise

çocuklarının bakımı ile ilgili destek ve cesaret alırlar, bu destek ve cesaretle çocuklarının hastalığı ile baş edebilme ve çocuklarına daha iyi bir bakım sunabilme fırsatı yakalamış olurlar. Aynı zamanda ebeveyn çocuk ilişkisinin devamlılığı sağlanır. Bunların yanı sıra hemşire ebeveynin çocuğa bakım verebilme yetenek ve becerisini anlayıp, yetersiz olan becerilerin gelişmesine yardımcı olarak, çocuk taburcu olduktan sonra da bakımın devamlılığının sağlanmasını desteklemiş olur (13). Ebeveynin varlığı ve bakıma katılımı çocuğun psikolojik ve fiziksel sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. Ebeveyn çocuk ilişkisinin hastanede de devam etmesi çocuklarda ayrılık anksiyetesini azaltarak hastaneye ve tedaviye uyumlarını artırmaktadır ve iyileşme sürecini hızlandırmaktadır (12).

Çocuğun hastaneye yatması ile kontrol kaybı yaşadığını hisseden ebeveynler, çocuğun bakımına dahil edilmeleri sonucu bu duyguyu yeniden kazanırlar. Aile merkezli bakım yaklaşımı ile ebeveyn, hemşire ve diğer sağlık personelleri arasında gelişen etkili işbirliği sonucu çocuk için en uygun ve etkili bakımın verilmesi sağlanır. Literatürde de çocuğun tedavisi, bakımı konusunda bilgilendirilen ve karar verme süreçlerine katılan ebeveynlerin anksiyete düzeylerinin düştüğü ve sağlık bakımından memnuniyet düzeylerinin arttığı belirtilmektedir (12,13).

Ebeveynin bakıma katılımının sağlanması aynı zamanda ebeveynin bakım sürecine daha kolay uyumunu ve yeni bilgi ve beceri kazanması için uygun ortamı oluşturur. Ebeveynin kendine olan güven duygusu artar böylece karşılaştığı problemlerle etkin şekilde mücadele eder. Etkin bir ebeveyn katılımı; taburculuk sonrası ebeveynin çocuğun bakımında yeterli hale gelmesi sağlayarak oluşabilecek problemlerin önlenmesine de katkıda bulunur. Bu yaklaşımda hemşireler, ebeveynlerin güçlerini ve bakım verme kapasitesini anlamış olur ve böylece yanlış ve eksik uygulamalar nedeniyle çıkabilecek aksaklıkların önüne geçilmesi sağlanır. Ayrıca aile merkezli bakım yaklaşımı; hemşirelere bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi açısından da kolaylık sağlar (1,2,12).

2.3.EBEVEYNİN ÇOCUĞUN HASTANEDEKİ BAKIMINA KATILIMININ ÖNÜNDEKİ ENGELLER

Literatürde ebeveynin çocuğun bakımına katılımının, çocuk ve ailesine olumlu duygusal destek sağladığı ve hayati bir öneme sahip olduğu bildirilmektedir (12). Bu doğrultuda

çocuk sağlığı hemşireliğinde; ebeveyn ve sağlık personeli arasında karşılıklı saygı, ortak hareket etme ve bireysel bağımsızlık temeline dayalı bir hizmet arzu edilmesine rağmen, bu durum tedavi ve hizmet programına yeterince yansıtılamamıştır.

Galvin et al. (40) aile merkezli bakım ilkeleri doğrultusunda ailenin bakıma katılımının istenilen şekilde olmamasının önündeki engelleri;

- 1.AMB ilkeleri hakkında bilgi eksikliği,
- 2.AMB için güçlü bir kurumsal desteğin yetersizliği,
3. Sağlık personelinin AMB ilkelerinin mesleki kimliklerini tehdit etme algıları,
- 4.Sağlık personelinin kişisel değerlerinin, aileler ile etkileşimi engellemesi olarak belirtmektedir.

Ayrıca sağlık kurumlarında:

- Personelin yorgunluk ve tükenmişliği,
- Önceliklerinin çatışması,
- Kurumlarda ölçme –değerlendirme araçlarının yetersiz olması,
- Kurumlarda ödüllendirme sistemlerinin yetersiz olması,
- Finansal destek eksikliği aile merkezli bakım uygulamalarının önünde mevcut olan engellerdir (41).

Sağlık personelinin değerleri ve felsefi önyargıları çocuk kliniğinde ailenin bakıma katılımının etkin bir şekilde sağlanmasının en önemli engeli olabilir. Hemşireler aileleri bakıma katmak istediklerinde verimliliklerinin tehlikeye girebileceğini düşünebilirler. Ayrıca bir çocuğun tedavisi sırasında anneyi bakıma dahil edebilmek için işbirliği yapmak ve sık sık onu bilgilendirmek oldukça zaman alıcı bir iştir (39,42).

2.4. EBEVEYNİN ÇOCUĞUN BAKIMINA KATILIMINI SAĞLAMADA HEMŞİRENİN ROLÜ

Çocuk hemşiresi kaliteli sağlık bakımı verme sorumluluğuna sahiptir. Çocuk sağlığı hemşireleri hastanede yatan çocuğun korku ve anksiyetesini azaltarak ve alışmış olduğu rutinleri sürdürerek, ailenin bakıma katılımını destekleyerek, hastanede yatmanın çocuk için olumlu bir deneyim olmasını sağlayabilirler (1). Çocuk sağlığı hemşiresi, ailelerin sürekliliğinin farkında olarak aileyi çocuğun sosyal destek sisteminin bir parçası olarak

değerlendirmelidir. Bakımın sürekliliği aileye bağlı olduğundan, hemşire ailenin güçlü ve zayıf yönlerini bilmeli ve bakımdaki aile etkinliğini geliştirmeye çalışmalıdır. Ailenin bakıma katılmaya ne kadar hazır olduğunu değerlendirmek ve bakımı bu doğrultuda planlamak, bunun yanı sıra ailenin bakım konusunda eğitilmesi ve bu eğitimin çocuk taburcu oluncaya kadar devam ettirilmesi de hemşirenin görevleri arasındadır (43-45). Hemşirenin çocuğun gereksinimlerine uygun bakımı planlayabilmesi için ebeveynlerden çocukla ilgili gerekli bilgileri alması, ailenin bilgi ve uygulamalarını göz önünde bulundurması gerekmektedir (2).

Hemşirelerin hastanede rol karmaşasını önlemek için ebeveynlerden ne beklediklerini bilmeleri ve bu konuda onları bilgilendirmeleri gerekmektedir. Ebeveynlerin çocuğun hastalığı ve tedavisi hakkında ne bildiklerinin belirlenmesi ve eksik bilgilerinin giderilmesine yönelik girişimlerde bulunulması da son derece önemlidir. Ayrıca hemşireler, çocukların uygulamalar sırasında yaşadıkları stresi en aza indirmek için ebeveynlerin çocukla birlikte olmasına izin verilmelidir (2,45).

Hemşireler tarafından uygun ortam yaratılarak, ailenin mevcut yetenekleri ve yeterlilikleri doğrultusunda çocuğun bakımında yeterli olmasının sağlanması ve çocuk ile ailenin gereksinim duyacağı konularda yeni bilgilerin verilmesi önem taşımaktadır. Ayrıca çocuk sağlığı hemşiresinin ailenin çocukları ile ilgili karara katılımını desteklemesi ve geliştirmesi gerekmektedir (4). Aile ve sağlık personeli arasındaki iletişimin kalitesini ve etkinliğini artırmak ve iletişim eksikliğinden kaynaklanan pek çok sorunu önlenmek için ailenin bakıma katılımı ile sürekli bilgi paylaşımı oldukça önemlidir (33).

2.5.EBEVEYN MEMNUNİYETİ

Son yıllarda tıbbi müşteri kavramının kullanılması ile birlikte sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım standartlarına ulaşma kurumların temel hedefi haline gelmiştir (46). Dünya Sağlık Örgütü' nün 1998 yılındaki 48. Avrupa Bölge Komite Toplantısı'nda Herkese Sağlık politikaları "21. Yüzyılda 21 Hedef" arasında da sağlık bakımında kaliteye dikkat çekilmiştir (47).

Kaliteli sağlık hizmetinin en önemli göstergesi hasta memnuniyetidir. Sağlık hizmetleri ile ilgili hasta memnuniyeti ilk kez 1956 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde hemşirelik alanında değerlendirilmiş ve hemşirelik bakımından hasta memnuniyeti ile ilgili bir ölçüm aracı geliştirilmiştir. Son on yıldır özellikle Amerika ve İngiltere gibi

gelişmiş ülkelerde hasta memnuniyeti çalışmaları, verilen sağlık bakımının kalitesini değerlendirmede önemli bir ölçüt olarak kullanılmaktadır(46,48).

Memnuniyet bir hasta ve hasta yakını algısı olmakla birlikte verilen sağlık hizmetinin kalitesini belirleyen önemli bir göstergedir. Memnuniyet hasta ve hasta yakınlarının olumlu bir hastane deneyimi için büyük önem taşımaktadır (46). Hasta memnuniyeti genel anlamda, verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılama ya da hastaların verilen hizmeti algılamalarına dayanmaktadır. Verilen bakımın sonucunun değerlendirilmesinde memnuniyet önemli bir yere sahiptir (49).

Sağlık kurumlarında memnuniyet değerlendirilmesindeki amaçlar:

- Hizmet verenlerin kalitesini değerlendirmek,
- Sağlık ve hastalık davranışlarına ilişkin davranışları ve girişimleri değerlendirmek
- Yönetimsel kararlar vermek,
- Bakım organizasyonundaki değişimi değerlendirmek,
- Verilen hizmetin sonucunda hemşirenin etkilediği hasta sonuçlarını ortaya koymak,
- Pozitif hasta sonuçlarını etkileyen faktörleri belirlemek,
- Çalışanların performanslarını değerlendirmektir (48).

2.6.EBEVEYN MEMNUNİYETİNİ ETKİLEYEN ETMENLER

Memnuniyet, yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekte beklenenler ve bireysel ve toplumsal değerleri içeren birçok faktör ile ilişkili karmaşık bir kavramdır. Bakımın sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti, farklı kişilerce ve hatta aynı kişiler tarafından farklı zamanlarda farklı şekilde tanımlanabilmektedir. Memnuniyet göreceli bir kavram olduğu için bireysel ve toplumsal değer ve deneyimlerden büyük ölçüde etkilenebilmektedir (46).

Sağlık hizmetlerinde genel olarak ebeveyn memnuniyetini arttıran etmenler

- Ebeveynin karar verme sürecine katılımı,
- Ebeveynin tedavi ve çocuğun durumu hakkında bilgilendirilmesi,
- Aile fertlerine destek sağlanması,
- Ebeveyn ve çalışanlar arasındaki uygun iletişim,

- Duygusal destek, fiziki ihtiyaçlara cevap verme,
- Ağrıyı çabuk dindirme yer almaktadır (46,49,50).

Ebeveyn memnuniyetini azaltan etmenler ise;

- Ebeveyne çocuğun hastalığına ilişkin bilgi verilmemesi
- Sağlık personelinin ebeveyni dinlememesi veya öyle görünmesi,
- Çocuğun ve ebeveynin sorularını yanıtlamak için yeterince zaman ayırmaması
- Kaba davranan çalışanlar,
- Sağlık bakım niteliğinin düşük olması,
- Gizliliğe önem verilmemesi,
- Temizlik ve düzenin olmayışı,
- Ödeme tutarındaki uygunsuzluk,
- Hizmet sunanların sık sık değiştirilmesi,
- Hizmeti sunanlar ile hastaların farklı kültürden olmaları ve bunun iletişimde güçlük çıkarması, çalışanlara ulaşma zorluğudur (44,46,50).

2.7. EBEVEYN MEMNUNİYETİ DEĞERLENDİRİLMENİN ÖNEMİ

Sağlık kurumlarında memnuniyetin değerlendirilmesi; sağlık hizmet kalitesinin değerlendirilmesi ve sağlık alanındaki eksikliklerin belirlenmesi ve bu eksikliklerin giderilmesi için yol gösterici olabilmektedir. Sağlık kurumlarında memnuniyetinin değerlendirilmesi;

- Sağlık hizmetlerinin yapısı, süreci ve sonucu hakkında yararlı bilgi verir.
- Kuruma kendini değerlendirme fırsatı sunar.
- Algılanan sağlık hizmetleri memnuniyetin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, maliyetlerin düşürülmesi ve rekabet avantajı elde etme açısından önemlidir.
- Hizmetten memnun olan bireyler sağlık personelinin öneri ve tavsiyelerine titizlikle uyar.

- Sağlık hizmetlerinden memnuniyet duyan birey ihtiyaçları olduğunda yine aynı kuruma başvurur.
- Kurumla ilgili olumlu düşüncelerini başkalarıyla paylaşır ve buda kuruma olan talepleri artırır (49).

Sağlık hizmetlerinden verilen hizmetin;

- Güvenliği
- Etkinliği
- Hasta ve aile merkezli olması
- Hasta ile ilgili bakım ve bilginin zamanında verilmesi
- Verimliliği
- Eşit bir şekilde sunulması memnuniyetin oluşmasında önemli noktalardır (51) .

Çocuk kliniklerinin en önemli hizmet alıcıları, çocuk hastalar ve ebeveynleridir. Çocuk hastalara hizmet veren yataklı klinikler ya da polikliniklerde çocukların memnuniyetinin değerlendirilmesinin tam olarak ölçülemeyeceği için, bu kliniklerde hasta yakını ya da ebeveyn memnuniyeti ön plana çıkmıştır. Çocuk kliniklerinde verilen sağlık hizmetinin sonuçlarını değerlendirme noktasında ebeveyn görüşleri önem taşımaktadır. Ebeveyn Memnuniyeti; ebeveynlerin çocuk bakımında algılanan pozitif beklentilerin yerine getirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Aileler için algılanan nitelikli bakımın kurumsal ve klinik etkinliğini gösteren önemli bir çıktıdır.

2.18.EBEVEYN MEMNUNİYETİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Ebeveynlerin çocukları hastanede yattıkları süre içinde verilen hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet, tüm hastane hizmetleri ile ilgili memnuniyetlerini etkileyen en önemli faktördür. Hemşirelik personelinin hasta ile etkileşimleri ve davranışları hasta memnuniyeti üzerine etki eden temel unsurlar arasındadır. Bu nedenle sağlık sektöründe ebeveyn memnuniyetinin artması için hemşirelik hizmetlerinin geliştirilmesi önemlidir. Sağlık personelinin kişilik özellikleri, gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, özellikle ebeveyn hemşire ve çocuk ilişkisi hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır (46).

Literatürde hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörün iletişim ve hastayı yeterli bilgilendirme olduğu bildirilmektedir. Çünkü sağlık bakım hizmeti verenlerin hastalar ile iletişim kurma becerileri hastaların kendilerini değerli ya da değersiz hissetmelerinde başlıca rolü oynamaktadır. Aile merkezli ve bireyselleştirilmiş bakım ebeveynde ve çocuğa kendisinin değerli olduğunu hissettirirken, kişiler arasında da bir güven ilişkisinin kurulmasına neden olmaktadır. Ayrıca ebeveynlerin memnuniyetinde çocuğun kendini güvende ve huzurlu hissetmesi de önem taşımaktadır (46,49).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu çalışma hastanede çocuğu yatan annelerin bakıma katılma ve aldıkları bakımdan memnuniyet durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırmanın yapıldığı yer olan Yozgat Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi (YKDÇH) 1992 yılında 75 yataklı Yozgat Doğumevi Hastanesi olarak açılmıştır. 2001 yılında bakanlık tarafından Yozgat Devlet Hastanesi çocuk kliniği kapatılıp Yozgat Doğumevi Hastanesi çocuk kliniği ile birleştirilmiştir ve ismi Yozgat Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi olarak değiştirilmiştir. Aynı yıl acil servis açılmış olup 2004 yılında da bakanlık onayı ile yeni doğan yoğun bakım ünitesi açılmıştır. YKDÇH Yozgat, Yozgat'a bağlı ilçe ve köylerden gelen hastalara hizmet vermektedir. Çocuk klinikleri hastanenin ikinci ve üçüncü katında bulunmaktadır. Hastane bünyesinde bulunan çocuk klinikleri; süt çocuğu, 1. düzey ve 2.düzyen yenidoğan yoğun bakım ve çocuk cerrahi klinikleridir.

Süt çocuğu kliniği; 23 yatak kapasitelidir. Klinikteki iki oda 3 kişilik diğer odalar ise 2 kişiliktir. Süt çocuğu kliniğinde acil servis veya poliklinik muayenelerinden sonra kliniğe yatmasına karar verilen çocukların tanıları sıklıkla akciğer enfeksiyonu, febril konvülsiyonlar, menenjit, astım, bronşit, bronşiyolit, ateş etyolojisi, akut gastroenterit ve ilaç intoksikasyonlarıdır. Klinikte 1ay-18 yaş arasındaki çocuklar tedavi görmektedir. Klinikte 11 hemşire ve 3 doktor hizmet vermektedir. Hemşireler 8.00-20.00 ve 20.00-08.00 vardiya sistemiyle çalışmaktadır ve nöbetlerde 2 hemşire görev yapmaktadır.

Çocuk cerrahi kliniği; 10 yatak kapasitelidir. Klinikte üç oda 2 kişilik, bir oda ise 4 kişiliktir. Çocuk cerrahi servisinde en çok takip edilen vakalar akut batın, herni, genel vücut travmaları, korozif madde içimi ve yanıklardır. Hastalar cerrahi operasyon öncesi ve sonrası olarak klinikte takip edilmektedir. Klinikte 1ay-18 yaş arasındaki çocuklar tedavi görmektedir. 7 hemşire ve 3 doktor hizmet vermektedir. Hemşireler 8.00-20.00

ve 20.00-08.00 vardiya sistemiyle çalışmaktadır ve nöbetlerde 1 hemşire görev yapmaktadır.

Yenidoğan yoğun bakım 1. düzey ve 2. düzey olarak ayrılmaktadır. 2.düzye yoğun bakıma refakatçi kabul edilmezken 1. düzey yoğun bakımda ebeveynler 24 saat çocuklarının yanında kalabilmektedirler. 2. düzey yoğun bakımda 14 küvez, 1. düzey yoğun bakımda ise toplam 6 yenidoğan bebek yatağı ve küvez bulunmaktadır. 2. düzey yoğun bakım ebeveynler refakatçi olarak kabul edilmediği için çalışma kapsamına alınmamıştır. Çalışmamızı ebeveynlerin 24 saat refakatçi olarak kalabildikleri 1. düzey yoğun bakımda yürütülmüştür. 1. ve 2. düzey yoğun bakımın tamamına 14 hemşire ve 3 doktor hizmet vermektedir. En çok takip edilen vakalar yenidoğan sarılığı, konjenital anomalili bebek, respiratuar distres sendromudur. Hemşireler 8.00-20.00 ve 20.00-08.00 vardiya sistemiyle çalışmaktadır ve nöbetlerde 3 hemşire yenidoğan yoğun bakımda görev yapmaktadır.

Yenidoğan 1.düzye yoğun bakım, çocuk cerrahi kliniği ve süt çocuğu kliniğinde aileden bir kişi (tercihen kadın) refakatçi olarak kalabilmektedir. Ziyaret saatleri 12.00-13.00 ve 19.00-20.00'dır. Bu saatler dışında kliniklere ziyaretçi kabul edilmemektedir.

3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

3.3.1.Araştırmanın evreni:

Araştırma evrenini Yozgat Doğum ve Çocuk Hastanesi Süt Çocuğu, Yenidoğan 1.Düzye Yoğun Bakım ve Çocuk Cerrahi kliniklerine yatışı yapılan çocuklar ve anneleri oluşturmaktadır.

3.3.2.Araştırmanın örnekleme:

Araştırmanın verilerinin toplandığı Eylül 2012 ve Nisan 2013 tarihlerinde 285 anneye ulaşılmıştır. Elde edilen veriler kullanılarak güç analizi yapılmıştır. Ölçekler arasında kolerasyon katsayısı $r_s = 0.730$, testin gücü ise % 100 olduğu belirlenmiştir. Çalışma örnekleme alınma kriterlerini sağlayan 285 anne ile tamamlanmıştır.

3.3.3.Araştırmaya alınma kriterleri:

- Annenin en az ilkokul mezunu olması
- Çocuğun en az 2 gün süreyle serviste yatıyor olması
- Tekrarlı yatışlarda anketin 1 kez uygulanması

- Annelerin iletişim sorunu olmaması

3.4.VERİLERİN TOPLANMASI

3.4.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

Verilerin toplanması amacıyla literatürden yararlanarak aşağıda açıklanan veri toplama araçları kullanılmıştır.

Veri toplama araçları

- Çocuk-Aile Tanıtıcı Özellikler Anket Formu (EK-1)
- Aile Merkezli Bakım Anketi (AMB-A) (EK-2)
- PedsQL Sağlık Bakımı Ebeveyn Memnuniyet Ölçeği (SBEMÖ) (EK-3)

3.4.1.1.Çocuk-Aile Tanıtıcı Özellikler Anket Formu (EK-1)

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak ebeveynler için hazırlanan soru formu, çocuk ve aileye ilişkin yaş, eğitim düzeyi, ekonomik durum, daha önceki hastane deneyimleri, çocuğun tanısı, ailenin çocuğun bakımına katıldığı uygulamaların yer aldığı 23 sorudan oluşmaktadır (6,7,11,52,53).

Araştırmaya alınan çocukların demografik özelliklerinden yaşa ilişkin veriler aşağıdaki şekilde gruplandırılmıştır:

0-28 gün =Yenidoğan dönemi

1ay-12 ay=Süt çocuğu dönemi

1-3 yaş=Oyun dönemi

4-6 yaş =Okul öncesi dönem

7 -18 =Okul dönemi ve adölesan dönem olarak gruplanmıştır (2).

3.4.1.2. Aile Merkezli Bakım Anketi (AMB-A) (EK-2)

Türkiye’deki geçerlilik güvenilirlik çalışması Berna Doğan ve Firdevs Erdemir tarafından 2010 yılında yapılan (Cronbach α = 0.87) (53) Aile Merkezli Bakım Anketi (Family Centered Care Survey), Linda Shields ve Ann Tanner tarafından 2004 yılında geliştirilmiştir (Cronbach’s α = 0.72,) (54).

Anket aile merkezli bakımın öğelerinden oluşan “saygı, işbirliği ve destek” olmak üzere 3 alt gruptan oluşmaktadır. Toplam 20 sorudan oluşan 4’lü likert tipte (1 puan: Asla, 2 puan: Bazen, 3 puan: Genellikle, 4 puan: Daima) bir ankettir (54).

Aile merkezli bakım anketinde saygı alt grubunda bulunan 6 sorudan (madde=1,2,3,4,5,6) en yüksek alınabilecek puan 24, en düşük 6 puan; işbirliği alt grubunda bulunan 9 sorudan (maddeler=7,8,9,10,11,12,13,14,15) alınabilecek en yüksek puan 36, en düşük puan 9’dur. Destek alt grubunda ise 5 soru (maddeler=16,17,18,19,20) yer almakta olup, en yüksek puan 20 en düşük puan ise 5’dir. Ankette tersine çevrilmiş ifadeler bulunmamaktadır. Anketin değerlendirilmesi için her bir ifadenin genel puan ortalamaları alınmıştır. Anketten alınabilecek en yüksek toplan puan 80 ve en düşük toplam puan 20’dir Toplam puanın yüksek oluşu aile merkezli bakım uygulanma düzeyinin arttığını göstermektedir (54). Bu çalışmada AMB-A Cronbach $\alpha= 0.73$ olarak hesaplanmıştır.

3.4.1.3.PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği (EK-2)

James W. Varni’nin (55) 1999 yılında geliştirilen (Cronbach $\alpha= 0.96$) PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği ilk kez Ulus (56) tarafından Türkçeye uyarlanıp geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Cronbach ($\alpha=0.92$)). Ölçekte yer alan sorular tıbbi bakım hizmetlerinden memnuniyeti ve psikososyal memnuniyeti ölçmeye yöneliktir (55).

Ölçek; bilgilendirme (maddeler=1,2,3,4,5), ailenin katılımı (maddeler=6,7,8,9), iletişim (maddeler 10,11,12,13,14,) teknik beceri (maddeler=15,16,17,18) duygusal gereksinimler (maddeler=19,20,21,22) ve genel memnuniyet (maddeler=23,24,25) olmak üzere 6 alt başlıktan oluşmaktadır (55).

Ölçek 25 sorudan oluşan 5li likert tipi bir ölçme aracıdır. PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeğinde yer alan ifadeler; asla hoşnut değil=0, bazen hoşnut=1, çoğu zaman hoşnut=2, hemen her zaman hoşnut=3, her zaman hoşnut =4 ve uygulama yok=U/Y (çocuğun yaşına bağlı olarak alamadığı sağlık hizmetlerini ifade etmektedir) şeklinde değerlendirilmiştir (55).

Ölçeğin puan hesaplamasında 0=0 puan, 1=25 puan, 2=50 puan, 3=75 puan, 4=100 puan olarak değerlendirilmiştir. Ölçek toplam puanı her bir sorudan elde edilen puanların toplamının soru sayısına (25 soru) bölünmesi ile elde edilir. U/Y seçeneği

tercih edilen sorular hesaplamaya alınmayarak ortalamaları elde edilecektir. Örneğin ölçekte yer alan 25 sorudan 4 soruya U/Y yanıtı verilmişse ölçekten elde edilen puan 21'e bölünerek toplam puan elde edilmektedir (55).

Bu çalışmada PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeğine ilişkin elde edilen Cronbach's $\alpha = 0.91$ 'tür

3.4.2. Ön Uygulama

Hazırlanan veri toplama formu, eksiklerini, hatalarını tespit etmek amacıyla 10 hastaya ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonunda herhangi bir değişikliğe gidilmemiştir. Ön uygulamada toplanan veriler örneklem dışı bırakılmıştır.

3.4.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması:

Veri Toplama Formları belirlenen kliniklerde tedavi gören çocukların ebeveynlere çalışmanın amacı, yöntemi ve beklenen yararları anlatılarak, araştırmaya katılmayı sözlü ve yazılı olarak onaylayan ebeveynlerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak veri toplama formları uygulanmıştır.

3.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak istatistiksel paket programları kullanılarak değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirmede yaş, cinsiyet, maddi durum, çocuk sahibi olma, hastaneye yatma deneyimi, eğitim gibi sosyo-demografik özellikler bağımsız değişkenler, ebeveynin AMB-A ve PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet ölçeğinden aldıkları puanlar ise bağımlı değişkenler olarak ele alınmıştır.

Verilerin tanımlayıcı istatistikleri için sayı, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma kullanılmıştır. Kullanılan verilerin öncelikle normal dağılıma uygunluk testleri (Kolmogrov-smirnov testi), yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uymadıkları tespit edildikten sonra verilerin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Bağımsız ve bağımlı değişkenlerin karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu durumlarda, farklılığa neden olan grubun belirlenmesi için Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Çalışmada ebeveynlerin AMB-A'den ve alt boyutlarından aldıkları puan ile PedsQL SBMÖ' aldıkları puanlar arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman Korelasyon analizi yapılmıştır.

AMB-A ve PedsQL SBMÖ iç geçerlilik ve tutarlılığını belirlemek için Cronbach alfa değerine bakılmıştır. Grupların karşılaştırılmasında sonuçların istatistiksel anlamlılığı $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırma için Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Değerlendirme Komisyonu'ndan araştırmanın ön uygulaması ve uygulamasının yapılabilmesi için yazılı izin alınmıştır (EK: 4) Araştırmanın yürütüldüğü Yozgat Doğum ve Çocuk Hastanesi'nden kurum izni yazılı olarak alınmıştır (EK:5). Araştırmaya katılmada ebeveynlerin isteklilikleri ve gönüllülüklerine özen gösterilmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlere gerekli açıklamalar yapılarak bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır (BGOF) (EK: 6).

3.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GENELLENEBİLİRLİĞİ

Araştırmanın sonuçları yalnızca araştırmanın yapıldığı grup için geçerlidir, topluma genellenemez.

3.8. ÇALIŞMA PLANI:

Kasım 2011 –Ocak 2012: Literatür tarama

24 Ocak 2012: Tez önerisi sunumu

Ocak- Temmuz 2012: Etik kurul onayı ve kurum izni alma

Eylül 2012 -Nisan 2013: Verilerin toplanması

Ağustos - Eylül 2013:Verilerin analizi ve değerlendirilmesi

Ekim- Kasım 2013: Tezin yazılması

Aralık 2013: Tezin sunulması

3.9. ÇALIŞMA TAKVİMİ:

YAPILAN ÇALIŞMALAR	Kasım 2011 Ocak 2012	24 Ocak 2012	Ocak- Temmuz 2012	Eylül 2012 - Nisan 2013	Ağustos- Eylül 2013:	Ekim- Kasım 2013	Aralık 2013
Literatür tarama	x	x	x	x	x	x	
Tez önerisi sunumu		x					
Etik kurul onayı ve Kurum izni alınması.			x				
Verilerin toplanması				x			
Verilerin analizi ve değerlendirmesi					x		
Tezin yazılması						x	
Tezin sunumu							x

4.BULGULAR

Tablo 4.1. Çocukların Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı ($n=285$)

Özellikler	Sayı	%
Çocuğun Cinsiyeti		
Kız	129	45.3
Erkek	156	54.7
Çocuk Yaş Grupları		
0-30 gün	70	24.6
2-12ay	76	26.7
1-3yaş	63	22.1
4-6 yaş	34	11.9
7 ve üstü	42	14.7
Çocuğun Yattığı Klinik		
Süt Çocuğu	178	62.5
Yenidoğan Yoğunbakım	70	24.5
Çocuk Cerrahi	37	13.0
Çocuğun Yatış Nedeni		
Solunum sistemi hastalıkları	113	39.6
Gastrointestinal sistemhastalıkları	88	30.9
Sinir sistemi hastalıkları	15	5.3
Üriner sistem hastalıkları	69	24.2
Çocuğun Hastane Deneyimi		
Var	139	48.8
Yok	146	52.2
Kliniğe Yatış Sayısı		
Bir defa	200	70.1
İki defa ve üzeri	85	29.9
Klinikte Yatış Süresi		
2-3 gün	160	56.1
4-5 gün	84	29.5
6 ve üzeri	41	14.4

Tablo 4.1 de çocukların tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; çocukların %24.6'sının 0-30 günlük olduğu , %54.7sinin erkek olduğu, %62.5inin süt çocuğu kliniğinde yattığı ve % 39.6'sının solunum sistemi hastalıklarından dolayı klinikte yattığı tespit edilmiştir. Ayrıca çocukların %48.8'inin daha önce hastane deneyimi olduğu ,%29.9 ise aynı klinikte daha öncede tedavi olduğu belirlenmiştir. Çocukların klinikte ortalama yatış süreleri 3.77 ± 1.99 gündür.

Tablo 4.2. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı ($n=285$)

Özellikler	Sayı	%
Annelerin Eğitim Durumu		
İlkokul	144	50.5
Ortaokul	78	27.4
Lise ve üzeri	63	23.1
Annelerin Çalışma Durumu		
Çalışmayan	272	95.4
Çalışan	13	4.6
Annelerin Yaşı		
18-25	114	40.0
26-35	136	47.7
36 ve üzeri	35	12.3
Çocuk Sayısı		
1	70	24.6
2	116	40.7
3 çocuk ve üzeri	99	34.7
Maddi Durum		
Gelirim giderimden fazla	26	9.1
Gelirim giderime denk	144	50.5
Gelirim giderimden az	115	40.4
Maddi Durumun Etkilenmesi		
Etkileniyor	94	33.0
Etkilenmiyor	191	67.0
Yerleşim yeri		
İl	129	45.3
İlçe	97	34.0
Köy	59	20.7

Araştırma kapsamına alınan annelerin tanıtıcı özellikleri tablo 4.2'de verilmiştir. Çalışmaya katılan ebeveynlerin tamamını anneler oluşturmaktadır. Annelerin %50.5'inin ilkokul mezunu olduğu, %95.4'ünün ise çalışmadığı tespit edilmiştir. Annelerin yaş ortalamasının 28.49 ± 5.84 olduğu %40.7'sinin 2 çocuğu olduğu belirlenmiştir. Annelerin %50.5'i gelirin giderine denk olduğunu belirtirken , % 33.0'ı hastanede yatmanın maddi durumlarını olumsuz etkilediğini ifade etmiştir. Annelerin %45.3'ü il merkezinde yaşamaktadır.

Tablo 4.3. Annelerin Çocukları İle İlgili Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı (n=285)

Özellikler	Sayı	%
Çocuğunun Tanısını Bilme Durumu		
Bilen	216	75.8
Kısmen bilen	32	11.2
Bilmeyen	37	13.0
Çocuğun Tanısına İlişkin Bilgi Alma		
Bilgi Alan	200	70.2
Kısmen Bilgi Alan	33	11.6
Bilgi Almayan	52	18.2
Bilgiyi Veren Sağlık Personeli (n=233*)		
Doktor	211	90.5
Hemşire	10	4.2
Stajyer Hemşire	7	3.0
Doktor ve Hemşire	5	2.3

*Bu soruya çocuklarının hastalığı hakkında bilgi aldığını söyleyen 233 kişi cevap vermiştir

Tablo 4.3'te annelerin çocukları ile ilgili bilgi alma durumları verilmiştir. Annelerin %75.8 i çocuklarının tanısını bildiğini, %70.2 si çocuklarının tanısına ilişkin bilgi aldığını bunlardan %4.2'sinin hemşirelerden bilgi aldığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.4. Annelerin Hastanede Çocuklarına Uyguladıkları Bakım Aktivitelerinin Dağılımı (n=285)

Bakım Aktiviteleri*	Sayı	%
Çocuğun ağızdan beslenmesi	261	91.6
Çocuğun kıyafetlerini değiştirme	254	89.1
Ağrılı işlemlerde çocuğun yanında olma	221	77.5
Muayene sırasında çocuğu tutma	220	77.2
Çocuğun bezini değiştirme	170	59.6
Ağızdan ilaç verme	161	56.5
Odanın düzenini sağlama	158	55.4
Çocuğun solunumunu gözleme	149	52.3
Çocuğa cilt bakımı verme	111	38.9
Çocuğun cildini gözleme	106	37.2
Maske ile ilaç verme	102	35.8
Çocuğun çarşaflarını değiştirme	84	29.5
Çocuğun kulağına- gözüne damla damlatma	68	23.9
Postural drenaj yapma	60	21.1
Lavman yapma	37	13.0
Çocuğa pozisyon verme	33	11.6
Aldığı çıkardığı takibini yapma	30	10.5
Soğuk uygulama	29	10.2
Fizik tedavileri uygulama	28	9.8
Odanın temizliğini sağlama	22	7.7
Çocuğa banyo yaptırma	20	7.0
Çocuğa fitil verme	18	6.3
Çocuğun ateşini ölçme	13	4.6
Çocuğa sürgü verme	9	3.2
Çocuğun NG sonda ile beslenmesi	9	3.2
Temiz idrar torbası takma	3	1.1

*Birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdeler her bir seçenek için n:285 üzerinden değerlendirilmiştir.

Annelerin hastanede yattıkları süre içinde çocuklarının bakımına yönelik yaptıkları bakım aktiviteleri Tablo 4.4'de yer almaktadır. Tabloda görüldüğü gibi annelerin klinikte çocuklarının bakımına yönelik yaptıkları uygulamalar arasında ilk üç sırada çocuğun ağızdan beslenmesi (%91.6), kıyafetlerinin değiştirilmesi (%89.1), ağrılı işlemlerde çocuğun yanında bulunma (%77.5) uygulamalarının yer aldığı görülmektedir. Ayrıca annelerin ağızdan ilaç verme (%56.5), maske ile ilaç verme

(%35.8), lavman yapma (%13.0), damla ile ilaç uygulama (%23.8), aldığı çıkardığı takibi yapma (10.5) gibi uygulamalar yaptıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Annelerin Hastanede Çocuklarına Uyguladıkları Bakım Aktiviteleri Öncesi Hemşireler Tarafından Bilgilendirilme Durumlarının Dağılımı (n=285)

Annelerin bakım Aktiviteleri Öncesi Hemşireler Tarafından Bilgilendirilme Durumları	Sayı	%
Bilgilendirilen	249	87.4
Kısmen bilgilendirilen	9	3.2
Bilgilendirilmeyen	27	9.4
Verilen Bilginin Anlaşılabilirliği (n=258*)		
Anlaşılır	249	96.5
Kısmen anlaşılır	6	2.4
Anlaşılmaz	3	1.1
Hemşirenin Uygulamayı Yaparak Göstermesi		
Gösterdi	175	61.4
Kısmen gösterdi	11	3.9
Göstermedi	99	34.7
Annenin Uygulama Yaparken Hemşire Tarafından Gözlemlenmesi		
Gözlemlenen	138	48.4
Gözlemlenmeyen	147	51.6
Hemşirelerin Yapılan Uygulama Hakkında Geri Bildirim Vermesi		
Geri bildirim verilen	126	44.2
Geri bildirim verilmeyen	159	55.8

*Bu soruya uygulama öncesi bilgilendirildiğini söyleyen 258 kişi cevap vermiştir.

Tablo 4.5'te annelerin hastanede çocuklarına yaptıkları bakım aktiviteleri öncesi hemşireler tarafından bilgilendirilme durumları verilmiştir. Annelerin %87,4'ünün uygulama öncesi hemşireler tarafından bilgilendirildiğini ve çoğunluğunun (%96.5) verilen bilgileri anlaşılır bulduğunu belirlenmiştir. Annelerin %61.4'üne hemşireler tarafından uygulamaların yapılarak gösterildiği, %51.6'sının uygulamayı yaparken hemşireler tarafından gözlemlenmediği ve %55.8'inin ise yaptıkları uygulamaya ilişkin herhangi bir geri bildirim almadığı saptanmıştır.

Tablo 4. 6. Annelerin Aile Merkezli Bakım Anketi Alt Grup ve Toplam Puan Dağılımları

AMB-A altgrupları(<i>n</i> =285)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)
Saygı	18.17±3.23	19.00 (9.00-24.00)
İşbirliği	26.15±4.86	27.00 (13.00-36.00)
Destek	15.33±4.21	16.00 (5.00-20.00)
Toplam puan	59.64±9.84	61.00 (31.00-78.00)

Tablo 4.6’de Annelerin Aile Merkezli Bakım Anketinden aldıkları puan ortalamaları aile merkezli bakım felsefesinin öğelerinden saygı, işbirliği ve destek alt gruplarına ayrılarak verilmiştir. Annelerin AMB-A aldıkları puanlar incelendiğinde; saygı alt grubu puan ortalaması 18.17±3.23, işbirliği alt grubu puan ortalaması 26.15±4.86, destek alt grubu puan ortalaması 15.33±4.21 ve AMB-A toplam puan ortalaması 59.64±9.84 olduğu saptanmıştır. AMB-A’nden toplam alınabilecek en yüksek puan 80, en düşük puan ise 20’dir.

Tablo 4. 7. Annelerin PedsQL Sağlık Bakım Memnuniyet Ölçeği Alt Grup ve Toplam Puan Dağılımları

Ölçek Alt Boyutları(<i>n</i> =285)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)
Bilgilendirme	72.07±28.02	80.00 (0.00-100.00)
Aile katılımı	70.99±30.21	75.00 (0.00-100.00)
İletişim	73.43±31.13	85.00 (0.00-100.00)
Teknik Beceriler	74.99±26.93	75.00 (0.00-100.00)
Duygusal gereksinimler	52.21±36.14	50.00 (0.00-100.00)
Genel Memnuniyet	82.90±24.38	100.00 (0.00-100.00)
Toplam Puan	71.63±23.42	77.00 (7.00-100.00)

Annelerin aldıkları sağlık bakım hizmetlerinden memnuniyetleri PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği ile belirlenmiştir. Tablo 4.7 annelerin PedsQL SBMÖ puanları incelendiğinde; bilgilendirilme puan ortalaması 72.07±28.02, aile katılımı puan ortalaması 70.99±30.21, iletişim puan ortalaması 73.43±31.13 teknik beceriler puan ortalaması 74.99±26.93, duygusal gereksinimler puan ortalaması 52.21±36.14, genel memnuniyet puan ortalaması 82.90±24.38 ve toplam ölçek puan ortalaması 71.63±23.42 olarak bulunmuştur. Ölçekten toplam alınabilecek en yüksek puan 100, en düşük puan ise 0’dır

Tablo 4.8.Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre AMB-A ve PedsQL SBMÖ Puanlarının Dağılımı($n=285$)

Özellikler		AMB-A	PedsQL SBMÖ
		Med (Min-Max)	Med (Min-Max)
	<i>n</i>		
Çocuk Yaş Grupları			
0-30 gün	70	63.0 (33,0-76.0)	84.5 (10.0-100.0)
2-12ay	76	60.0 (36.0-78.0)	77.0 (13.0-100.0)
13ay-3yaş	63	59.0 (39.0-77.0)	68.0(11.0-100.0)
4-6 yaş	34	58.0(39.0-77.0)	70.5(7.0-100.0)
7 ve üstü ¹	42	65.0(41.0-76.0)	85.5(22.0-100.0)
Test		<i>KW= 13.604 p=0.009</i>	<i>KW =15.785 p=0.003</i>
Çocuğun Cinsiyeti			
Kız	129	62.0(31.0-78.0)	79.0(10.0-100.0)
Erkek	156	60.0(33.0-78.0)	77.0(7.0-100.0)
Test		<i>MW-U=9198.50 p=0.212</i>	<i>MW-U=10039.00 p=0.973</i>
Çocuğun Hastane Deneyimi			
Var	139	61.0(35.0-78.0)	77.0(11.0-100.0)
Yok	146	61.0(31.0-77.0)	78.0(7.0-78.0)
Test		<i>MW-U=9986.00 p=0.817</i>	<i>MW-U= 10093.00 p=0.938</i>
Çocuğun Yattığı Klinik			
Süt Çocuğu ¹	178	60.0(31.0-78.0)	74.5(11-100)
Yenidoğan Yoğunbakım	70	62.5(33.0-77.0)	84.5(10-100)
Çocuk Cerrahi	37	64.0(45.0-75.0)	81.0(7-100)
Test		<i>KW=8.597 p=0.014</i>	<i>KW=7.658 p=0.022</i>
Çocuğun Kliniğe Yatış Nedeni			
Solunum sistemi hastalıkları	113	62.0(31.0-78.0)	79.0(11.0-100.0)
Gastrointestinal sistem hastalıkları ¹	88	62.5(40.0-77.0)	79.5(22.0-100.0)
Sinir sistemi hastalıkları	15	59.0 (42.0-76.0)	83.0 (7.0-96.0)
Üriner sistem hastalıkları	69	58.0 (33.0-77.0)	71.0 (10.0-100.0)
Test		<i>KW=9.091 p=0.028</i>	<i>KW=6.019 p=0.111</i>
Kliniğe Yatış Sayısı			
1 defa	200	62.0(31.0-78.0)	80.0 (7.0-100.0)
2 defa ve üzeri	85	60.0 (77.0-35.0)	74.0 (11.0-100.0)
Test		<i>MW-U=7570.50 p=0.144</i>	<i>MW-U= 7694.00 p=0.205</i>
Klinikte Yatış Süresi			
2-3 gün	160	60.0(31.0-78.0)	77.0 (7.0-100.0)
4-5 gün	84	61.0 (33.0-78.0)	78.0 (11.0-100.0)
6 ve üzeri	41	41.0 (33.0-76.0)	86.0 (10.0-100.0)
Test		<i>KW=2.624 p=0.269</i>	<i>KW=3.854 p=0.146</i>

MW-U=Mann -Whitney U testi, KW= Kruskal Wallis testi, ¹Bu grup diğerlerinden farklıdır

Tablo 4.8’de çocukların tanıtıcı özelliklerine göre annelerin AMB-A ve PedsQL SBMÖ puanlarının dağılımı verilmektedir. Annelerin AMB-A ve PedsQL SBMÖ’den almış oldukları puan ortancalarının çocukların yaşları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını belirlemek için bonferroni düzeltmeli Mann-WhitneyU testi yapılmıştır. Yapılan ileri analiz sonucunda annelerin AMB-A puan ortancaları arasındaki anlamlılığın 7 ve üzeri yaş grubu çocuğu olan annelerin puan ortancasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Bu gruplardaki annelerin puan ortancaları diğer grupların puan ortancalarından yüksektir.

Çocuğun cinsiyetine, hastane deneyiminin olmasına, klinikte yatış süresine ve kliniğe yatış sayısına göre annelerin AMB-A ve PedsQL SBMÖ ‘den aldıkları puan ortancaları istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmamıştır ($p>0.05$).

Çocuğun yattığı kliniğe göre annelerin AMB-A ve PedsQL SBMÖ puan ortancalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını belirlemek için bonferroni düzeltmeli Mann-WhitneyU testi yapılmıştır. Yapılan ileri analiz sonucunda AMB-A ve PedsQL SBMÖ puan ortancaları arasındaki anlamlılığın süt çocuğu kliniğinde tedavi gören çocukların annelerinden kaynaklandığı, kaynaklandığı belirlenmiştir.

Çocuğun kliniğe yatış nedenine ile PedsQL SBMÖ puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmazken ($p>0.05$), AMB-A puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analiz sonucunda, gastrointestinal sistem hastalıklarından dolayı klinikte yatan çocukların annelerin puan ortancalarının diğer gruplardan yüksek olduğu ve anlamlılığın bu gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 4. 9. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre AMB-A ve PedsQL SBMÖ Puanlarının Dağılımı ($n=285$)

Özellikler		AMB-A	PedsQLSBMÖ
	<i>n</i>	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)
Anne Yaşı			
17-25	97	60.0 (39.0-78.0)	74.0 (11.0-100.0)
26-35	153	60.0 (31.0-77.0)	77.0 (7.0-100.0)
36 ve üzeri ¹	35	64.0 (42.0-78.0)	87.0 (45.0-100.0)
Test		<i>KW=6.748 p=0.034</i>	<i>KW=11.253 p=0.004</i>
Anne Eğitim Durumu			
İlkokul	144	63.0(31.0-78.0)	83.0(7.0-100.0)
Ortaokul	78	60.0 (41.0-78.0)	74.0(11.0-100.0)
Lise ve üzeri ¹	63	59.0(33.0-74.0)	60.0(10.0-100.0)
Test		<i>KW=13.315 p=0.001</i>	<i>KW=28.394 p=0.000</i>
Anne Çalışma Durumu			
Çalışmayan	272	62.0 (31.0-78.0)	79.0(7.0-100.0)
Çalışan	13	57.0 (47.0-73.0)	51.0(22.0-93.0)
Test		<i>MW-U=1347.00 p=0.147</i>	<i>MW-U= 1026.00 p=0.011</i>
Çocuk Sayısı			
1	70	59.0 (33.0-77.0)	70.0 (7.0-100.0)
2	116	60.0 (35.0-78.0)	78.5(11.0-100.0)
3 ve üzeri ¹	99	64.0 (31.0-78.0)	85.0 (14.0-100.0)
Test		<i>KW=6.134 p=0.047</i>	<i>KW=14.399 p=0.001</i>
Maddi Durum			
Gelirim giderimden fazla	26	61.0 (39.0-77.0)	75.0 (23.0-100.0)
Gelirim giderime denk	144	60.0 (33.0-77.0)	75.5(10.0-100.0)
Gelirim giderimden az	115	62.0 (31.0-78.0)	81.0 (7.0-100.0)
Test		<i>KW=2.047 p=0.359</i>	<i>KW=2.162 p=0.339</i>
Maddi Durumun Etkilenmesi			
Etkileniyor	94	60.5(33.0-77.0)	80.0(11.0-100.0)
Etkilenmiyor	191	61.0(31.0-78.0)	77.0(7.0-100.0)
Test		<i>MW-U=8852.00 p=0.848</i>	<i>MW-U= 8442.50 p=0.414</i>
Yerleşim yeri			
İl ¹	129	59.0(31.0-77.0)	74.0(14.0-100.0)
İlçe	97	61.0(33.0-76.0)	81.0(7.0-100.0)
Köy	59	64.0(33.0-78.0)	79.0(22.0-100.0)
Test		<i>KW= 8.802 p=0.012</i>	<i>KW=6.440 p=0.040</i>

MW-U=Mann -Whitney U testi

KW= Kruskal Wallis testi

¹*Bu grup diğerlerinden farklıdır*

Tablo 4.9’da annelerin tanıtıcı özelliklerine göre AMB-A ve PedsQL SBMÖ puanlarının dağılımı yer almaktadır. Annelerin yaşlarına göre AMB-A ve PedsQL SBMÖ puan ortancaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını belirlemek için bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Yapılan ileri analiz sonucunda anlamlılığın 36 yaş ve üzerindeki annelerden kaynaklandığı, bu gruptaki annelerin puan ortancalarının 18-25 yaş ve 25-35 yaş grubu annelerin puanlarından yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Annelerin eğitim düzeyine göre AMB-A ve PedsQL SBMÖ puan ortancalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda farkın lise ve üzeri eğitime sahip annelerin puan ortancalarından kaynaklandığı belirlenmiştir. Lise mezunu annelerin AMB-A ve PedsQL SBMÖ puan ortancaları diğer gruplardan düşüktür.

Annelerin çalışma durumuna göre AMB-A puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). PedsQL SBMÖ puan ortancaları arasındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışmayan ebeveynlerin SBMÖ puan ortancası çalışan ebeveynlerin puan ortancasından yüksektir.

Çocuk sayısına göre annelerin AMB-A ve PedsQLSBMÖ puan ortancaları arasında istatistiksel anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analiz sonucuna göre 3 ve üzeri çocuk sahibi olan annelerin AMB-A ve PedsQL SBMÖ puan ortancalarının diğer ebeveynlerden yüksek olduğu ve anlamlılığın bu gruptan kaynaklandığı saptanmıştır.

Annelerin maddi durumları ve hastanede yatmalarının maddi durumlarını etkileyip etkilemesine göre AMB-A ve SBMÖ puan ortancaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Annelerin yaşadıkları yere göre AMB-A ve PedsQL SBMÖ puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda ilçe ve köyde yaşayan annelerin puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı farkın ilde yaşayan annelerin kaynaklandığı belirlenmiştir. İlde yaşayanların AMB-A ve PedsQL SBMÖ puan ortancaları hem ilçede hem de köyde yaşayanlardan daha düşüktür.

Tablo 4.10. Annelerin Hastanede Çocuklarına Yaptıkları Bakım Aktiviteleri Öncesi Bilgilendirilme Durumlarına Göre AMB-A ve PedsQLSBMÖ Puan Dağılımları ($n=285$)

Özellikler		AMB-A	PedsQL SBMÖ
		Med (Min-Max)	Med(Min-Max)
Annelerin Uygulama Öncesi Hemşireler Tarafından Bilgilendirilme Durumu			
Bilgilendirilen ¹	249	62.0(31.0-78.0)	81.0(11.0-100.0)
Kısmen bilgilendirilen	9	53.0(33.0-70.0)	51.0(10.0-81.0)
Bilgilendirilmeyen	27	51.0(35.0-74.0)	51.0(7.0-92.0)
<i>Test</i>		<i>KW= 26.991 p=0.000</i>	<i>KW=33.706 p=0.000</i>
Verilen Bilginin Anlaşılabilirliği (n=258*)			
Anlaşılır ¹	249	62.0(31.0-78.0)	81.0(11.0-100.0)
Kısmen Anlaşılır	6	42.0(33.0-70.0)	35.0(10.0-100.0)
Anlaşılmaz	3	48.0(40.0-71.0)	27.0(27.0-95.0)
<i>Test</i>		<i>KW= 7.832 p=0.020</i>	<i>KW=11.714 p=0.003</i>
Hemşirenin Uygulamayı Yapararak Göstermesi			
Gösterdi ¹	175	63.0(31.0-78.0)	81.0(10.0-100.0)
Kısmen Gösterdi	11	50.0(39.0-67.0)	48.0(27.0-89.0)
Göstermedi	99	59.0(35.0-77.0)	72.0(7.0-100.0)
<i>Test</i>		<i>KW= 16.029 p=0.000</i>	<i>KW=14.764 p=0.001</i>
Anneler Uygulama Yaparken Hemşire Tarafından Gözlemlenmesi			
Gözlemlenen ¹	138	64.0(33.0-78.0)	83.5(10.0-100.0)
Gözlemlenmeyen	147	59.0(31.0-77.0)	71.0(7.0-100.0)
<i>Test</i>		<i>MW-U=7287.500 p=0.000</i>	<i>MW-U=7558.500 p=0.000</i>
Hemşirelerin Yapılan Uygulama Hakkında Geri Bildirim Vermesi			
Geri Bildirim Verilen ¹	126	64.0(33.0-78.0)	84.0(10.0-100.0)
Kısmen Geri Bildirim Verilen	5	54.0(39.0-74.0)	63.0(32.0-95.0)
Geri Bildirim Verilmeyen	154	59.0(31.0-77.0)	71.0(7.0-100.0)
<i>Test</i>		<i>KW= 18.876 p=0.000</i>	<i>KW=33.706 p=0.000</i>

MW-U=Mann -Whitney U testi

KW= Kruskal Wallis testi

¹Bu grup diğerlerinden farklıdır

**Bu soruya uygulama öncesi bilgilendirildiğini söyleyen 258 kişi cevap vermiştir.*

Tablo 4.10 'da annelerin hastanede çocuklarına yaptıkları bakım aktiviteleri öncesi bilgilendirilme durumlarına Göre AMB-A ve PedsQL SBMÖ puanlarının dağılımı verilmektedir. Tablo incelendiğinde uygulama öncesi annelerin hemşireler tarafından bilgilendirilme durumuna göre annelerin AMB-A ve PedsQL SBMÖ puan ortancaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.000$). Farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını belirlemek için bonferroni düzeltmeli Mann-WhitneyU testi yapılmıştır. Yapılan ileri analiz sonucunda anlamlılığın uygulama öncesi bilgilendirilen gruptan kaynaklandığı, bu grubun puan ortancalarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin uygulama ile ilgili annelere verdiği bilginin anlaşılabilirliğine göre ebeveynlerin AMB-A ve PedsQL SBMÖ puan ortancaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.000$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analiz sonucunda anlamlılığın bilgileri anlaşılır bulan gruptan kaynaklandığı bulunmuştur.

Hemşirelerin uygulamaları annelere yaparak gösterme durumuna göre annelerin AMB-A ve PedsQL SBMÖ puan ortancaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analiz sonucundan anlamlılığın uygulamaların hemşireler tarafından yapılarak gösterildiği gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Annelerin uygulama yaparken hemşireler tarafından gözlemlenme durumuna göre AMB-A ve PedsQL SBMÖ puan ortancaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.000$). Uygulama yaparken hemşireler tarafından gözlemlenen ebeveynlerin puan ortancaları diğer annelerin puan ortancalarından yüksektir.

Hemşirelerin annelerin yaptıkları uygulamaya ilişkin geri bildirim verme durumlarına göre AMB-A ve PedsQL SBMÖ puan ortancaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.000$). Yapılan ileri analiz sonucunda geri bildirim verilen grubun puan ortancalarının diğer gruplardan yüksek olduğu ve anlamlılığın bu gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 4.11. Annelerin Aile merkezli bakım anketi ile PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki ($n=285$)

Ölçekler	Aile Merkezli Bakım Anketi	
	r_s	p
PEDSQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği	0,730**	0.000

r_s =Spearman korelasyon

** Correlation is significant at 0.01 level(2-tailed)

Annelerin AMB-A ve PedsQL SBMÖ aldıkları puanların korelasyon analizi ile değerlendirilmesine yönelik bulgu Tablo 4.11’da verilmiştir. Annelerin AMB-A ölçeği puanları ile PedsQL SBMÖ ölçeğinden aldıkları puanlar ($r_s= 0.730^{**}$) arasında pozitif yönde çok güçlü düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Annelerin aile merkezli bakıma katılımları artıkça sağlık bakım memnuniyetleride artmaktadır.

5.TARTIŞMA VE SONUÇ

Günümüzde ebeveynin çocukla birlikte hastaneye kabul edilmesinin çocuk ve ebeveynin yararına olduğu bilinmektedir. Pediatri hemşireliği alanında yapılan araştırmalar anne ve çocuk ilişkisinin çocuk hastaneye yattığında da devam etmesi gerektiğini vurgulamaktadır (7,8,19).

Sağlık kurumlarında kaliteli bir bakım vermek ve ebeveynlerin sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyeti artırmak için çocuğun hastaneye yatışından taburcu olmasına kadar geçen her aşamada ebeveynlerin çocuğunun bakımına katılması gerekmektedir. Ebeveynlerin bakıma katılımlarını sağlamak için, ebeveynler ve sağlık çalışanları arasında etkin bir iletişimin başlatılması ve çocuğun durumu ile ilgili bilgi verilmesi gerekmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin tamamını anneler oluşturmaktadır. Araştırmada annelerin %75.8'inin çocuklarının tanısını bildiği, % 11.2'inin kısmen bildiği saptamıştır. Tanısını bilen ve kısmen bilenler toplandığında (% 87) çoğunluğun çocuğunun tanısını bilmesi oldukça sevindirici olmakla bilmekte, çocuğunun tanısını bilmeyen % 13' te hiç göz ardı edilmemesi gereken bir orandır. İstendik olan annelerin tamamının çocuğunun tanısını bilmesi ve tanısına yönelik bilgi almış olmasıdır. Çalışmada annelerin %81.8'i çocuğun tanısına yönelik bilgi almıştır (Tablo 4.3). Annelerin çoğunun bu konuda bilgi almış olmasına rağmen %18.2' sinin bilgi almamış olması da oldukça önemli görünmektedir. Annelerin çocuğunun tanısına yönelik bilgi almama ve bilmeme durumunun çeşitli nedenleri olabilir. Bunlar annelerin tanıyı sormamış olabileceği gibi bilgi verilmiş ama anlamamış, tıbbi terimlere yabancılığı nedeniyle aklında tutamamış yada en istenmedik olan bu konuda ebeveyne hiçbir açıklama yapılmamış olabilir. Ağdaş'ın (57) ebeveynlerin hastaneye kabul ile ilgili

görüŖ ve beklentilerini belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada, ebeveynlerin %62.3'ünün çocuklarının hastalıklarına yönelik bilgi aldığı belirlenmiştir.

Çocuklarını herkesten daha iyi tanıyan anneler çocuğun ihtiyaçlarını, baş etme gücünü anlamada ve çocuğun tedaviye uyumunun sağlanmasında hemşirelere yardımcı olabilmeleri açısından çocuğun tedavi ve bakım sürecine dahil edilmeleri önem taşımaktadır. Annelerin hastanede yatan çocuğun bakımına dahil edilmesi ebeveynin çocuğun bakımında kaybettiği kontrolü yeniden kazanmasını sağlarken, çocuğunda anksiyetesini azaltarak hastane ortamına ve tedavi sürecine uyumunu artırmaktadır. Bu konu ile ilgili olarak yapılan çeşitli çalışmalarda ebeveynlerin çocuklarının bakımına katılmaları konusunda hemşireler tarafından yeterince desteklenmemekle birlikte daha çok çocuğun beslenme ve hijyenini sağlama aktivitelerinde ebeveynlerden destek aldıkları belirlenmiştir (6,8,10,21,58). Yapılan çalışmalara benzer şekilde bu çalışmada da annelerin klinikte çocuklarının bakımına yönelik yaptıkları uygulamalar arasında; çocuğun ağızdan beslenmesi (%91.6) ve kıyafetlerinin değiştirilmesi (% 89.1) ilk sıralarda yer almaktadır (Tablo 4.4).

Ayrıca bu araştırmada annelerin en çok yaptıkları tedavi edici uygulamalar arasında ağızdan ilaç verme (%56.5), maske ile ilaç verme (%35.8), lavman yapma (%13.0), damla yöntemiyle ilaç uygulama (%23.8), nazogastrik sonda ile besleme (%3.2), fitil uygulama (%6.3) yer almaktadır (Tablo 4.4). Bu uygulamalar klinik ortamda anneden beklenen işlemler değildir. Hatta anneye birebir bu işlemlerde sorumluluk vermek çocuğun eksik yada yanlış tedaviden dolayı zarar görmesine neden olabilir. Hemşire bu işlemleri yaparken çocuğun sakinleşmesinde ve tedaviye uyumunda anneden destek almasının daha doğru olduğu düşünülebilir. Ancak ocuk taburcu olduktan sonra da bu uygulamalara devam edilecekse hemşirelerin bu konuda annelere rehberlik ederek eksiksiz olarak uygulamaları öğrendikten sonra taburcu edilmesi gerekmektedir. Hemşirelerin ebeveynlere verecekleri sorumluluklar öncesinde, annelerin o konuda yeterli olup olmadığının değerlendirilmesi ve uygun şekilde desteklemesi aile katılımının daha etkin olmasını sağlamak için oldukça önemli olduğu görülmektedir. Hemşirelerin ebeveynleri bakıma katmadaki amacı, çocuğun tüm bakım yükünü anneye bırakarak kendi yüklerini azaltmak değil, hastanede anne ve ocuk ilişkisinin devamlılığını sağlayarak çocuğun hastane ortamından en az şekilde etkilenmesini sağlamak olmalıdır. Yapılan uygulamaların çocuğun yararına olması için annelerin

uygulamaları yaparken desteklenmesi, eksikliklerinin belirlenmesi ve telafi edilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bu şekilde ebeveynlerin uygulamaları hatasız yapması, annelerin kendine güvenlerinin artması sağlanır, eksik ve yanlış uygulamalardan dolayı meydana gelebilecek hataların ve komplikasyonların önüne geçilmiş olur. Ayrıca çocuk daha kısa sürede taburcu olabileceği gibi hemşirenin ebeveynin çocuğa bakım verebilme yetenek ve becerisini anlayıp, yetersiz olan becerilerin gelişmesine yardımcı olarak, çocuk taburcu olduktan sonra da bakımın devamlılığının sağlanmasına katkıda bulunur. Araştırmada annelerin büyük bir kısmı (%87.4) çocuklarına yaptıkları bakım aktiviteleri öncesi hemşireler tarafından bilgilendirildiklerini belirtmişlerdir. Bilgilendirilen annelerin tamamına yakını (%96.5) bu bilgilerin anlaşılır olduğunu belirtirken, %61.4'ü uygulamaların hemşireler tarafından yapılarak gösterildiğini belirtmişlerdir. Annelerin yarısından fazlası uygulamayı yaparken hemşireler tarafından gözlemlenmediğini ve yaptıkları uygulamanın doğruluğuna ilişkin geri bildirim almadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.5). Çalışma bulgularına paralel olarak Lima et al. (8) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin ebeveynlerin çocuklarının bakımına tam anlamıyla katılımlarını sağlanması konusunda destek, rehberlik ve denetlemede yetersiz kaldıklarını bildirmiştir.

Yapılan bir çalışmada ebeveynlerin bakımına katıldığı çocukların daha az ağrı ve anksiyete yaşadıklarını belirtilmiştir (39). Bu çalışmada annelerin büyük bir çoğunluğu (%77.5) ağrılı işlemlerde çocuğun yanında bulunduğunu ifade etmiştir. Ağrılı bir işlem sırasında ebeveynlerin çocuklarının yanında bulunması, çocuğun ağrı toleransını arttırmada önemli bir etmendir. Bu nedenle hemşireler, ağrılı işlemler sırasında, ağrı toleransını yükseltmek için ebeveynlerle işbirliği yapması önemlidir. Karabudak ve ark (59) yaptıkları bir çalışmada hemşirelerin %68.3 'ü işlemler sırasında ebeveynlerin çocuklarına duygusal ve manevi destek sağlamak, korku ve anksiyetelerini azaltmak için çocuklarının yanında olması gerektiğini düşündüklerini tespit etmiştir. Yine aynı çalışmada hemşirelerin %58.5'i ise çocukların işlemler sırasında çocuğun hareketsiz kalarak işlemi doğru ve hatasız gerçekleştirmek için ebeveyn katılımını sağladıkları belirtilmiştir (59).

Araştırma sonuçları incelendiğinde ebeveynlerin hastanede çocuklarına yaptıkları bakım aktiviteleri öncesi bilgilendirilmesi, uygulamanın hemşireler tarafından yapılarak gösterilmesi, ebeveynin işlemi yaparken gözlemlenmesi ve geri bildirim vermesi

durumlarına göre AMB-A ve SBMÖ puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 4.10) ($p<0.000$). Yapılan çalışmalar ebeveynlerin çocuklarının tedavi ve bakımı hakkında bilgilendirildiğinde, zamanında ve sürekli iletişim kurulduğunda ebeveynlerin memnuniyetlerinin arttığını bildirmiştir (60-63). Ebeveyn, çocuk ve sağlık çalışanları arasındaki etkili bir iletişim ve bilgi alış verişi hizmetten alınan memnuniyeti, çocuk ve ebeveynin tedavi planına uyumunu ve tedavinin etkinliğini artıracak için bu prensibin hasta bakımında anahtar rol olarak ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır (12).

Ebeveynlerin AMB-A toplam ve ölçek alt boyutlarından alınan puan ortancaları incelendiğinde; saygı alt grubu puan ortalaması 18.17 ± 3.23 , işbirliği alt grubu puan ortalaması 26.15 ± 4.86 , destek alt grubu puan ortalaması 15.33 ± 4.21 ve AMB-A toplam puan ortalaması 59.64 ± 9.84 olduğu belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek (80) ve en düşük puan (20) göz önüne alındığında ebeveynlerin AMB-A puan ortalamalarının iyi düzeyde olduğu ancak yeterli olmadığı söylenebilir (Tablo 4.6).

Araştırmada ebeveynlerin yaş, eğitim durumu, yaşadıkları yer ve çocuk sayıları ile AMB-A genel puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo.4.9) 36 yaş ve üzeri, ilkokul mezunu ebeveynlerin AMB-A genel puan ortancaları diğer ebeveynlerin puan ortancalarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Ebeveynin eğitim düzeyi arttıkça, çocuklarının tanı ve tedavisi hakkında daha fazla bilgi talep etmekte, çocuğunun bakımına daha fazla dahil olmayı istemekte ve sunulan bakımdan beklentileri de artmaktadır. Yapılan bazı çalışmalar bu sonuçları destekler niteliktedir. Tarını et al. (64) eğitim düzeyi yüksek olan ve genç ebeveynlerin çocuklarının bakımına ve çocukları ile ilgili kararlara daha çok katıldıklarını bildirmiştir. Ayrıca yapılan başka bir çalışmada 20–30 yaş grubunda yer alan ebeveynlerin daha fazla bilgilendirme, duygusal destek ve iyi iletişime ihtiyaç duydukları belirlenmiştir (56). Doğan'ın yaptığı araştırma sonuçlarına göre ebeveynlerin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çocuk sayısı ile AMB-A genel puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (53).

Kristenson-Hallström hastanede yatan çocukların bakımında ebeveynlerin katılımını etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yaptığı çalışmada bir yaşın altındaki çocuğu olan ebeveynlerin daha fazla bakıma katılmak istedikleri saptanmıştır (39). Bu çalışmada çocuğun yaşı ile AMB-A puan ortancası arasında istatistiksel olarak anlamlı

bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo.4.8). 7 yaş ve üzeri çocuğu olan ebeveynlerin AMB-A puan ortancasının diğer gruplara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonucun, çocuğun yaşı büyüdükçe ebeveynlere bağımlılığının azalması, ebeveynin yardımına daha az ihtiyaç duyması bunun sonucu olarak da ebeveynlerin sağlık personeline duyduğu gereksinimin azalmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Annelerin PedsQLSBMÖ toplam ve ölçek alt boyutlarından alınan puan ortalamaları incelendiğinde ebeveynlerin ölçek toplam puan ortalamalarının yüksek ($\%71.63\pm28.02$), duygusal destek ölçek alt grubundan aldıkları ortalama puanlarının ise düşük ($\%52.21\pm36.14$) olduğu belirlenmiştir (Tablo.4.7). Boztepe (6) yaptığı araştırmada hemşirelerin, ebeveynlerin endişelerini paylaşmada yetersiz kaldığını belirlemiştir. Bunun nedeni olarak ebeveynlerin hemşirelerin kendilerine sert davranması, endişelerine yanıt vermemesi, hemşirelerin kendilerini dinlemediklerini düşünmelerinin yer aldığı belirtilmiştir. Sarajarvi'nin (65) çocuklarının hastalıkları sırasından ailelere verilen bilgi ve duygusal desteği belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada ailelerin yaklaşık yarısı kendilerine yeterince destek verilmediği ve korku, umutsuzluk, çaresizlik gibi duygular yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hastane de çocukları ile birlikte kalan ebeveynler çaresiz, üzgün ve yorgun olabilmektedir. Bu durumda kendilerine en yakın sağlık personeli olan hemşirelerden destek ve anlayış beklentileri artabilmektedir. Ailelerin hemşirelerden beklentileri belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada, ebeveynlerin çocukların rahatladığını görebilmek, duygusal yüklerinin paylaşılması, dayanma ve baş etme güçlerinin desteklenmesi ve güvenilir bir bakım ortamı oluşturulması beklentilerinin olduğu ortaya çıkmıştır (66). Yapılan araştırmalarda çocuğun durumu konusunda bilgilendirilen, çocuğun bakımına katılan ve karar verme sürecine dahil edilen annelerin anksiyete düzeyleri daha düşük bulunmuştur (67,68). Anksiyete düzeyi düşen ebeveynlerin çocuklarının bakımına katılma düzeyleri artarak verilen sağlık hizmetlerinden duyacakları memnuniyetin artıracığı düşünülmektedir.

AMB-A alınan puanlara benzer şekilde, ebeveynlerin PedsQL SBMÖ ortancaları arasındaki ilişki incelendiğinde ebeveyn eğitim durumu, yaşadıkları yer, çalışma durumu ile PedsQL SBMÖ puan ortancaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve farkın lise ve üzeri eğitim durumuna sahip, ilde yaşayan ve çalışan ebeveynlerden kaynaklandığı, bu gruptaki ebeveynlerin puan ortancalarının diğer gruptaki ebeveynlerden düşük olduğu belirlenmiştir. ($p=0.000$) (Tablo 4.9). Bu

sonuçların eğitim düzeyi yüksek, ilde yaşayan ve çalışan ebeveynlerin artan sosyo-ekonomik durumları ile birlikte sağlık hizmetlerinden beklentinin artması ve buna bağlı olarak da memnuniyet düzeyinin azalması, beklenti düzeyi düşük, hizmetler hakkında bilgisi az olan ebeveynlerin asgari beklentilerinin karşılanıyor olması memnuniyet düzeyinin yüksek olmasına neden olduğu düşünülebilir. Tandır'ın (69) yaptığı araştırmada bizim araştırmamıza paralel olarak çalışan ebeveynlerin memnuniyet düzeyleri çalışmayan ebeveynlere göre daha düşük bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda memnuniyet düzeyi ve eğitim konusunda farklı sonuçlar bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça memnuniyet düzeyinin azaldığı saptanırken (56,70,71), bazılarında ise memnuniyet düzeyi ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir (52, 72) .

Araştırmada annelerin sahip oldukları çocuk sayısı ile PedsQL SBMÖ'den aldığı puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu, 3 ve üzeri çocuk sayı olan annelerin memnuniyet düzeylerinin diğer gruplardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9). Tandır'ın (69) yaptığı araştırmada çalışmamıza benzer şekilde çocuk sayısı arttıkça memnuniyet düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Bu araştırmada çocuğunun yaşı büyük olan annelerin memnuniyet düzeyinin yükseldiği tespit edilmiştir. Çırlak'ın (71) yaptığı çalışmada da benzer şekilde çocuğun yaşı arttıkça memnuniyet düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Yaşı daha büyük olan çocukların hastane ortamına daha çabuk uyum sağlaması, anneye alan ihtiyacının azalması nedeniyle annenin kendine daha çok zaman ayırması ve kendi ihtiyaçlarını daha kolay giderebilmesi nedeni ile bu gruptaki ebeveynlerin memnuniyet düzeyinin diğer gruplara göre yüksek olduğu düşünülebilir.

Ailenin bakıma katılımının sağlanması sağlık personeli, hastalar ve aileleri ile ortak ilişkiler geliştirmeyi amaçlamaktadır. Bu ortaklıkların ebeveyn memnuniyeti, kalite ve güvenliğin iyileştirilmesinde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Ebeveynlerin bakıma katılması, sağlık personeli ile daha olumlu ilişki kurmasına, anksiyete düzeyinin azalmasına, problem çözme becerisinin artmasına ve çocuğun bakımında yeterlilik ve güven duygusu yaşamalarına yardımcı olmaktadır (73,74). Kristensson-Hallström yaptıkları çalışmada ebeveynlerin çocuklarının bakımına katıldıklarında kendilerini ve çocuklarını daha güvende hissettiklerini bu yüzden kendilerine rehberlik sağlanarak mümkün oldukça çocuklarının bakımına katılmak istedikleri belirlenmiştir (39).

Annelerin aile merkezli bakım anket puanları ile PedsQL sağlık bakımı memnuniyet ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p=0.000$) (Tablo.4.11). Annelerin aile merkezli bakım anket puanları arttıkça sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyet düzeyi de artmaktadır. Bu nedenle hemşireler tarafından annelerin çocuklarının bakımına katılması için uygun ortamlar yaratılarak ailenin çocuğun bakımında yeterli hale getirilmesi, ailenin mevcut yeteneklerinin ve yeterliliklerinin aileye fark ettirilmesi, çocuk ve ailenin gereksinim duyacağı konularda, onların gereksinimlerini karşılayacak bilgi ve becerilerin kazandırılması önem taşımaktadır (6).

Araştırmanın sonuçlarına göre;

1. Çocukların %24.6'sının 0-30 günlük olduğu , %54.7'sinin erkek olduğu, %62.5'inin süt çocuğu kliniğinde yattığı, %48.8'inin daha önce hastane deneyimi olduğu ,%29.9'unun aynı klinikte daha öncede tedavi olduğu belirlenmiştir. Çocukların klinikte ortalama yatış süreleri 3.77 ± 1.99 gündür.
2. Araştırmaya katılan annelerin %50.5'inin ilkokul mezunu olduğu, %95.4'ünün ise çalışmadığı tespit edilmiştir.
3. Annelerin yaş ortalamasının 28.49 ± 5.84 (18-50) olduğu %40.7'sinin 2 çocuğu olduğu belirlenmiştir. Annelerin %50.5'i gelirinin giderine denk olduğu belirtirken , % 33.0'ı hastanede yatmanın maddi durumlarını olumsuz etkilediğini ifade etmiştir. Annelerin %45.3'ü il merkezinde yaşamaktadır.
4. Annelerin %75.8 i çocuklarının tanısını bildiğini ,%70.2 si çocuklarının tanısına ilişkin bilgi aldığını bunlardan %4.2'sinin hemşirelerden bilgi aldığı tespit edilmiştir.
5. Annelerin klinikte çocuklarının bakımına yönelik en sık yaptıkları uygulamalar arasında çocuğun ağızdan beslenmesi (%91.6), kıyafetlerinin değiştirilmesi (%89.1), ağırlı işlemlerde çocuğun yanında bulunma (%77.5) uygulamalarının yer aldığı tespit edilmiştir.
6. Anneler ağızdan ilaç verme (%56.5), maske ile ilaç verme (%35.8), lavman yapma (%13.0), damla damlatma (%23.8), aldığı çıkardığı takibi yapma (%10.5) gibi uygulamalarla çocuklarının tıbbi tedavilerine de katıldıkları belirlenmiştir.

7. Annelerin %87.4'ü çocuklarına yaptıkları bakım aktiviteleri öncesi hemşireler tarafından bilgilendirildiklerini belirtmişlerdir.
8. Bilgilendirilen annelerin tamamına yakını bu bilgilerin anlaşılır olduğunu belirtmekle birlikte, %34.7'si uygulamaların hemşireler tarafından yapılarak gösterilmediğini, ebeveynlerin %51.6'sının uygulamayı yaparken hemşireler tarafından gözlemlenmediği ve %55.8'inin ise yaptıkları uygulamaya ilişkin herhangi bir geri bildirim almadığı saptanmıştır.
9. Araştırmada annelerin yaş, eğitim durumu, yaşadıkları yer ve çocuk sayıları ile AMB-A genel puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$)
10. Çocuğun cinsiyetine, hastane deneyiminin olmasına, klinikte yatış süresine ve kliniğe yatış sayısına göre annelerin AMB-A ve PedsQL SBMÖ'den aldıkları puan ortancaları istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmamıştır ($p>0.05$).
11. Annelerin eğitim durumu, yaşadıkları yer, çalışma durumu ile PedsQL SBMÖ puan ortancaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve farkın lise ve üzeri eğitim durumuna sahip, ilde yaşayan ve çalışan ebeveynlerden kaynaklandığı, bu gruptaki ebeveynlerin puan ortancalarının diğer gruptaki annelerden düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).
12. Annelerin PedsQL SBMÖ toplam ve ölçek alt boyutlarından alınan puan ortalamaları incelendiğinde annelerin ölçek toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunurken (%71.63), duygusal destek ölçek alt grubundan aldıkları ortalama puanlarının ise düşük (%52.21) olduğu belirlenmiştir.
13. Annelerin AMB-A ölçeği puanları ile PedsQL SBMÖ'den aldıkları puanlar arasında pozitif yönde çok güçlü düzeyde ($r_s= 0.730^{**}$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0.000$).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

1. Çocuğunun bakımına katılan annelerin memnuniyet düzeyleri yüksek olduğu için annelerin çocuklarının bakımına katılımlarının sağlanması,

2. Hemşirelerin anneleri çocuğun bakımına katarken onların yeterlilikleri ve isteklerini göz önünde bulundurarak, istedikleri ve yeterli oldukları kadar bakımda yer almasının sağlanması,
3. Pediatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin, annelerin çocuğa bakım verebilme yetenek ve becerisini anlayıp, eksik yada yetersiz olan becerilerin gelişmesine yardımcı olunması,
4. Hemşirelerin anneler ve çocukların duygusal gereksinimlerine duyarlı olması ve ailelere etkili yaklaşımda bulunabilmeleri konusunda eğitimler düzenlenerek bu konudaki eksikliklerin giderilmesi
5. Hastane yönetimini araştırma sonuçları konusunda bilgilendirilerek verilen bakımın kalitesinin artırılması ve memnuniyet düzeylerinin artması için pediatri kliniklerinde aile merkezli bakım ilkelerine yönelik yeni düzenlemeler yapılması önerilebilir.

6.KAYNAKLAR

1. Törüner KE, Büyükgöneç L. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları, Göktuğ Yayıncılık, Ankara, 2003: 24–25.
2. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Cilt 1, Sistem Ofset Basımevi, Ankara, 2011: 19-60.
3. Er M. Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2006; 49: 155-68.
4. Hackenbery M, Wilson D, Kline W. Wong's Nursing Care of Infants and Children, Mosby, USA, 2003: 13-14.
5. İnanç Yazgan B. Fiziksel Sakatlığı ve Kronik Hastalığı Olan Çocuklara ve Ailelerine Psikolojik Yaklaşım. Ekşi A. (Ed). Ben Hasta Değilim, Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü. Nobel Tıp Kitapevleri, Tayf Ofset, İstanbul, 1999: 644.
6. Boztepe H. Bir üniversite hastanesindeki uygulamaların aile merkezli bakım yönünden incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2009; 11-24.
7. Kuzulu TA, Kalıncı N, Topan AK. Bir üniversite hastanesinde verilen hemşirelik bakımını aile merkezli bakım yönünden incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2011; 6: 2-17.
8. Lima G, Rocha MM, Scochi SG, et al. Involvement and fragmentation: A study of parental care of hospitalized children in Brazil. Pediatric Nursing 2001; 27: 559-564.
9. Schaffer P, Vaughn G, Kenner C, et al. Revision of a parent satisfaction survey based on the parent perspective. Journal of Pediatric Nursing 2000; 15: 373- 379.
10. Petersen MF, Cohen J, Parsons V. Family-centered care: do we practice what we preach. JOGNN 2004; 33: 421- 427.

11. Bruce B, Ritchie J. Nurse's practices and perceptions of family-centered care. *Journal of Pediatric Nursing* 1997; 2: 214-222.
12. Conk Z, Başbakkal Z, Yardımcı F. Çocuk sağlığına genel bakış, içinde: Conk Z, Başbakkal Z, Balyılmaz H, Bolışık B. (Eds). *Pediatric Hemşireliği, Akademisyen Kitapevi, Ankara* 2013: 41-45.
13. Reuter-Rice K, Bolick B. *Pediatric Acute Care: A Guide for Interprofessional Practice, Library of Congress Cataloging-in-Publication, USA* 2012: 59-62.
14. Cooper LG, Gooding JS, Gallagher J. Impact of a family-centered care initiative on NICU care, staff and families. *Journal of Perinatology* 2007; 27: 32-37.
15. Griffin T. Family-centered care in the NICU. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2006; 20: 98-102.
16. Merkouris A, Ifantopoulus J, Lanara V, Lemonidou C. Patient satisfaction: A key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal Of Nursing Management* 1999; 7: 19-28.
17. American academy of pediatrics. Committee on hospital care. Family-centered care and pediatrician's role. *Pediatrics* 2012; 129: 394-404.
18. Arango P. Family-centered care. *Academic Pediatrics* 2011; 11: 97-99.
19. Hallström I, Runesson I, Elander G. Observed parental needs during their child's hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing* 2002; 17: 140-148.
20. Erdim L, Bozkurt G, İnal S. Annelerin çocuklarının hastaneye yatışından etkilenme durumlarının araştırılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 9: 36-43.
21. Kostak MA, Avcıbaşı LA, Avcıbaşı İM. Bir üniversite çocuk kliniklerinde verilen bakımın aile merkezli bakım yönünden incelenmesi, 4.Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı, s 73-74, 22-25 Mayıs 2013, Adıyaman Üniversitesi, Adıyaman.
22. Jolley J, Shields L. The evolution of family-centered care. *Journal of Pediatric Nursing* 2009; 24: 164-170.
23. Coyne IT. Parent participation: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 1996; 23: 733- 740.
24. Alsop-Shields L, Mohay H. John Bowlby and James Robertson: Theorists, scientists and crusaders for improvements in the care of children in hospital. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 35: 50-58.
25. Davies R. Marking the 50th anniversary of the platt report: from exclusion, to toleration and parental participation in the care of the hospitalized child. *Journal of Child Health Care* 2010; 14: 6-23.

26. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete 2011: 27910
27. Potts NL, Mandelco BL. Pediatric Nursing: Caring for Children and Their Families: Caring for Children and Families (3rd ed) , Delmar, USA 2012: 518
28. Newton MS. Family-centered care: current realities in parent participation. Pediatric Nursing 2000; 26: 164- 168.
29. Kitchen BE. Family-centered care: A case study. Journal of Specialist in Pediatric Nursing 2005; 10: 93- 97.
30. Cartagena D, Noorthoek A, Wagner S, McGrath MJ. Family-centered care and nursing research. Newborn and Infant Nursing Reviews 2012; 119-120.
31. Espe-Sherwindt M. Family-centred practice: collaboration, competency and evidence. Journal Compilation Support for Learning 2008; 23: 136-143.
32. Kovacs JP, Bellin MH, Fauri DP. Family-centered care: A resource for social work in end-of-life and palliative care. Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care 2006; 2: 13-27.
33. <http://www.ipfcc.org/faq.html> Institute for patient-and family centered care . Erişim Tarihi: 20.09.2013
34. Bell JL, Johnson BH, Desai PP, Mcleod SM. Family centered care and the implications for child life practice, In: Thompson RA. (Ed). The Handbook of Child Life: A Guide for Pediatric Psychosocial Care, Charles C Thomas Press, USA, 2009: 95-103.
35. Bowden VR, Greenberg CS. Pediatric Nursing Procedures (3rd ed), Wolter Kluwer, Chine, 2012: 3-5.
36. Erdeve Ö, Atasay B, Arsan S. Türmen T. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008; 51: 104–109.
37. İşler A, Conk Z. Pediatride aile merkezli bakım. Ege Pediatri Bülteni 2006;13: 187-193.
38. <http://www.ailehekimirehberi.com/aile-biyopsiko.htm> Uncu Y, Akman M. Sağlığa biyopsikososyal yaklaşım. Erişim Tarihi:15.08.2013
39. Kristensson-Hallstroè I. Strategies for feeling secure influence parents' participation in care. Journal of Clinical Nursing 1999; 8: 586-592.
40. Galvin E, Boyers L, Schwartz Patricia K, et al. Challenging the precepts of family-centered care: testing a philosophy. Pediatric Nursing. 2000; 26: 625.628.
41. Knighten ML, Quaye B. Patient-and Family-Centered Leadership. In: New Leadership for Today's Health Care Professionals Concepts and Cases. Rubino L, Esparza S, Chassiakos YR,(Eds.), Library of congress Cataloging-in-Publication Data, USA, 2012: 229-243.

42. Shields L. Family-centred care: effective care delivery or sacred cow. Forum on Public Policy 2011; 1-11.
43. Boztepe H. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. Türkiye Klinikleri J Nurs 2009; 1: 88-93.
44. Aktaş E, Teksöz E, Ocakçı AF. Ailede kadının değişen rolünün çocuk sağlığına etkisi ve aile merkezli bakımın önemi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Dergisi 2012; 28: 73-80.
45. Mantovani MP, Campanozzi A, Maiuri L, Giardino I. Family-oriented and family-centered care in pediatrics. Italian Journal of Pediatrics 2009; 35: 1-8.
46. Yılmaz M. Sağlık bakım kalitesinin bir ölçüsü: Hasta memnuniyeti. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2001; 5: 69-74.
47. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. 21 Hedef'te Türkiye: Sağlıkta Gelecek Yücel Ofset Matbaacılık Turizm Sanayi Tic. Ltd. Şti, Ankara, 2007: 151-153
48. Merkouris A, Ifantopoulus J, Lanara V, Lemonidou C. Patient satisfaction:a key konsep for evaluting and improving nursing services. Journal Of Nursing Management 1999; 7: 19-28.
49. Özer A, Çakıl E. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen etmenler. Tıp Araştırmaları Dergisi 2007; 5: 140-143.
50. Engiz O. Sağlık hizmetlerinde hasta tatmini, İçinde: Hayran O, Sur H. (Eds). Hastane Yöneticiliği. Nobel Tıp Kitap Evleri, İstanbul 1997:81-87.
51. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. 2001; 1-8.
52. Çoban M, Can G, Ünüvar E. Hasta memnuniyetini değerlendiren yeni bir ölçek ve geçerliliği. Çocuk Dergisi 2007; 7: 247-254.
53. Doğan B. Hastanede Yatan Çocuğun Bakımına Ebeveynlerin Katılımı Konusunda Hemşirelerin, Doktorların ve Ebeveynlerin Görüş ve Beklentileri, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2010.
54. Shields L, Taner A. Pilot study of a tool to investigate perceptions of family- centered care in different care settings. Pediatric Nursing 2004; 30: 189-196.
55. Varni J.W. Development of the pediatric hematology/oncology parent satisfaction survey. Children's Health Care 2000; 29: 243-255.
56. Ulus B, Kübilay G. PedsQL Sağlık Bakımı Ebeveyn Memnuniyet Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 3: 44-50.
57. Ağdaş D. Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Pediatri Servisinde Yatan Çocuk Annelerinin Hasta Kabul İşlemlerine İlişkin Görüşleri ve Hemşirelerden Beklentileri, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas 2008.

58. Tosun A, Tüfekçi FG. Çocuk kliniklerinde verilen bakımın aile merkezli bakım yönünden incelenmesi, 57. Türkiye milli pediatri kongresi, s 75-76, 22-25 Kasım 2013, Antalya
59. Karabudak SS, Ak B, Başbakkal Z. Girişimler sırasında aile üyeleri nerede olmalı. Türk Pediatri Arşivi 2010; 45: 53-60
60. Weiss S, Goldlust E, Vaucher YE. Improving parent satisfaction: An intervention to increase neonatal parent-provider communication. Journal of Perinatology 2010;30: 425-430.
61. Ammentorp J, Mainz J, Sabroe S. Parents' priorities and satisfaction with acute pediatric care. Arch Pediatr Adolesc Med 2005; 159: 127-131.
62. Hong SS, Murphy SO, Connolly PM. Parental satisfaction with nurses' communication and pain management in a pediatric unit. Pediatric Nursing 2008; 34: 289-293.
63. Williams G, Pattison G, Mariathas C, Lazar J, and Rashied M, Improving parental satisfaction in pediatric orthopaedics. J Pediatr Orthop 2011;3: 610-615.
64. Tarını BA, Christakis DA, Lozano P. Toward family-centered inpatient medical care: the role of parents as participants in medical decisions. Journal Pediatr 2007; 15: 690-695.
65. Sarajärvi A, Haapamäki ML, Paavilainen E. Emotional and informational support for families during their child's illness. International Nursing Review 2006; 53: 205-210.
66. Hopia H, Tomlinson PS, Paavilainen E, Astedt-Kurki P. Child in hospital: Family experiences and expectations of how nurses can promote family health. Journal of Clinical Nursing 2005;14: 212-222.
67. Başbakkal Z, Sönmez S, Şen N, Esenay FI. 3-6 yaş grubu çocukların hastaneye yatışa karşı davranışsal tepkileri konusunda verilen eğitimin annelerin anksiyete düzeyi üzerine etkisinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12: 59-65.
68. Akşit S, Cimete G. Çocuğun yoğun bakım ünitesine kabulünde, annelere uygulanan hemşirelik bakımının annelerin anksiyete düzeyine etkisi. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001; 5: 25-36.
69. Tanır MK, Kuğuoğlu S. Pediatrik yaşam kalitesi envanteri (PedsQL) sağlık bakım memnuniyeti hematoloji/onkoloji modülü ebeveyn formu geçerlik-güvenirliliği. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi 2012; 11: 13-23.
70. Aşılıoğlu N, Akkuş T, Baysal K, Çocuk acil servisinde ebeveyn memnuniyeti ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2009; 9: 65- 72.
71. Çırak A, Uysal G. Akut sağlık sorunu olan çocuğun ebeveynlerinin hemşirelik bakımına ilişkin beklentileri ve memnuniyet düzeyleri, 4. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı, s 75-76, 22-25 Mayıs 2013, Adıyaman Üniversitesi, Adıyaman

72. Şahin TK, Bakıcı H, Bilban,B ve ark. Meram Tıp Fakültesi çocuk cerrahisi servisinde yatan hasta yakınlarının memnuniyetinin araştırılması. Genel Tıp Dergisi 2005;15:137-142.
73. Çelebioğlu A. Yenidoğanın hastaneye kabulünde ebeveynlerin duyguları ve hemşirelik yaklaşımı. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2004;1-8.
74. Kristensson-Hallström I, Elander G. Parents' experiences of hospitalization: different strategies for feeling secure. Pediatric Nursing 1997; 23:361-367.

EKLER

EK-1: ÇOCUK-AİLE TANITICI ÖZELLİKLER ANKET FORMU

Anket no:.....

Çocuğun;

1. Tanısı:.....
2. Yaşı/ Doğum tarihi: gün.../ay.../yıl...
3. Cinsiyeti : a)Kız b)Erkek
4. Çocuğun yattığı klinik:

Ebeveynin;

5. Yaşınız:.....
6. Yaptığınız iş nedir?:.....
7. Eğitim düzeyi? 1.ilkokul() 2. ortaokul() 3.lise() 4. üniversite()
8. Kaç çocuğunuz var? 1. 1 2. 2 3. 3ve üstü
9. Nerede yaşıyorsunuz? 1.İl Merkezinde() 2.İlçe() 3.Köy()
10. Çocuğunuz daha önce hastaneye yattı mı? 1.Evet() 2. Hayır()
11. Bu servise kaçınıcı yatışınız? 1.1 2.2 ve üzeri
12. Çocuğunuzla ne kadar süredir bu serviste yatıyorsunuz?gün
13. Size göre gelir durumunuz nasıldır?
1.Gelirim giderimden fazla() 2.Gelirim giderime denk() 3. Gelirim giderimden az()
14. Hastanede yatmanız maddi durumunuzu etkiliyor mu?
1.Evet 2.Hayır
15. Çocuğunuzun hastalığının ne olduğunu biliyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır 3. Kısmen
16. Çocuğunuzun hastalığına ilişkin bilgi verildi mi?
1.Evet 2.Hayır () (18.soruya geçiniz) 3.Kısmen ()
17. Kim tarafından bilgi verildi?.....

18. Hastanede yattığınız süre içinde çocuğunuzun bakımına yönelik hangi işlemleri yapıyorsunuz? Belirtiniz.

Çocuğun ağızdan beslenmesi		Çarşafı değiştirme
Çocuğu sonda (NG ,gastrostomi) ile besleme		Kıyafetleri değiştirme
Ağrılı işlemlerde çocuğun yanında olma		Çocuğa cilt/deri bakımı verme, masaj yapma
Ağrılı işlemlerde çocuğu tutma		Çocuğun odasının düzenini sağlama
Doktor ve hemşire muayenesi sırasında çocuğu tutma		Çocuğun odasının temizliğini sağlama
Aldığı çıkardığı takibini yapma		Fizik tedavileri uygulama
Çocuğun cildini gözleme ve değişiklikleri bildirme		Ağızdan ilaç verme
Çocuğun solunum gözleme ve değişiklikleri bildirme		Ateşini ölçme
Çocuğun altının değiştirme		Lavman yapma
Çocuğa sürgü verme		Maske ile ilaç verme
Banyo yaptırma		Postural drenaj yapma
Göze,kulağa, burna damla damlatma		Diğer (lütfen belirtiniz)
Çocuğa pozisyon vermek		

19. Çocuğunuzun bakımında yaptığımızı belirttiğiniz yukarıdaki işlemlerden önce hemşireler tarafından bilgilendirildiniz mi?

Evet () Hayır () (21. soruya geçiniz) Kısmen ()

20. Verilen bilgiler sizin için yeterince anlaşılır mıydı?

Evet() Hayır() Kısmen ()

21. Hemşireler işlem öncesinde uygulamayı yaparak size gösterdi mi?

Evet() Hayır() Kısmen ()

22. Hemşireler siz uygulamayı yaparken yanınızda mıydı?

Evet () Hayır()

23. Hemşireler sizin yapmış olduğunuz uygulamayı doğru yapıp yapmadığınıza ilişkin geri bildirim verdi mi?

Evet () Hayır() Kısmen ()

EK-2: AİLE MERKEZLİ BAKIM ANKETİ(EBEVEYİNLER İÇİN)

Bu bölümde aşağıdaki önermelerin hangi sıklıkla gerçekleştiği incelenmektedir.

Lütfen her bir cümleyi okuyun ve yanıtınızı en iyi anlatan kutucuğu işaretleyin.

Soru	Asla	Bazen	Genellikle	Her zaman
1.Hastaneye veya polikliniğe geldiğimde memnuniyetle karşılandığımı hissediyorum				
2.Ailemin diğer üyelerinin hastaneye/polikliniğe benimle birlikte gelmesi memnuniyetle karşılanıyor				
3.İşlemler sırasında çocuğumun yanında olabiliyorum				
4.Sağlık personelinin çocuğum hakkındaki tavsiyelerini istediğim kadar sorgulayabiliyorum				
5.Hastaneye/polikliniğine gittiğimde kendimi (bir ebeveynden çok) bir ziyaretçi gibi hissediyorum				
6.Çocuğumun işlemleri mahremiyet ve gizlilik ilkelerine bağlı kalınarak gerçekleştirilmiştir				
7.Çocuğumun taburcu olmasına/taburcu olduktan sonra başka kuruma sevk edilmesine kendimi hazır hissediyorum				
8.Çocuğumun ihtiyaç duyabileceği bakım konusunda bana dürüstçe bilgi veriliyor				
9.Eve gittikten sonra yardıma veya rahatlamaya ihtiyaç duyarsam kimi arayacağımı biliyorum				
10.Bakım konusunda karar verirken personel beni de kararlara katıyor				
11.Çocuğumun ihtiyaç duyduğu bakım konusunda bilmem gerekenler bana öğretiliyor				
12.Çocuğum konusunda birinci derecede sorumluluğa sahip olan doktorun adını biliyorum				
13.Bana verilen broşür, kitapçık vb gibi yazılı materyali kolaylıkla anlayabiliyorum				
14.Çocuğumun bakımına ailem de katılıyor.				
15.Çocuğum hakkında bana verilen bilgilerin çok fazla olması beni bunaltıyor.				
16.Personel çocuğumun özel ihtiyaçları konusunda bilgi sahibi				
17.Personel endişelerim konusunda beni dinliyor				
18.Çocuğumun bakımından sorumlu olan aynı personeli görebiliyorum				
19.Personel bana destek olan önemli kişilerin kim olduğunu biliyor.				
20.Personel ailem ve benim nasıl bir süreçten geçtiğimi anlıyor.				

EK-3: PedsQL SAĞLIK BAKIMI MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ

..... dan ne kadar hoşnutsunuz		Asla hoşnut değil	Bazen hoşnut	Çoğu zaman hoşnut	Hemen her zaman hoşnut	Her zaman hoşnut	Uygulama yok
BİLGİLENDİRME	1.Çocuğun tanısına ilişkin verilen bilgi (miktarı, içeriği)	0	1	2	3	4	U/Y
	2. Çocuğun tedavisine ilişkin verilen bilgi (miktarı,içeriği)	0	1	2	3	4	U/Y
	3. Tedavi yan(istenmeyen) etkileri konusunda verilen bilgi (miktarı, içeriği)	0	1	2	3	4	U/Y
	4. Çocuğunuzun test sonuçlarına ilişkin bilginin size verilme zamanı .. (geç, erken)	0	1	2	3	4	U/Y
	5. Çocuğunuzun hastalığı ve sağlık durumu ile ilgili bilgilendirme sıklığı	0	1	2	3	4	U/Y
AİLE KATILIMI	6. Çocuğunuzun tedavisi sırasında size ve ailenize gösterilen duyarlılık...	0	1	2	3	4	U/Y
	7. Sizin ya da ailenizin sorularını yanıtlama konusunda personelin isteklilik (hevesle yada istemeyerek) durumu	0	1	2	3	4	U/Y
	8. Çocuğunuzun bakımı ve durumu ile ilgili konulara ailenizin de katılması için gösterilen çaba...	0	1	2	3	4	U/Y
	9. Personelin, çocuğunuzun genel durumu ve tedavisi ile ilgili sorularınızı yanıtlamak için ayırdığı zaman	0	1	2	3	4	U/Y
İLETİŞİM	10. Personelin size, çocuğunuzun durumu ve tedavisini açıklama biçimi...(anlatma tarzı)	0	1	2	3	4	U/Y
	11. Personelin, sizi çocuğunuzla ilgili konularınızı dinleme biçimi...	0	1	2	3	4	U/Y
	12. Personelin, çocuğunuza hastalığı ve tedavisi ile ilgili konuları onun anlayabileceği şekilde açıklaması...	0	1	2	3	4	U/Y
	13. Sizi, testler ve diğer işlemlerle ilgili beklenen sonuçlara hazırlama biçimleri... (çabalar)	0	1	2	3	4	U/Y
	14. Çocuğunuzu, testler ve diğer işlemlerle ilgili beklenen sonuçlara hazırlama biçimleri... (çabaları)	0	1	2	3	4	U/Y
TEKNİK BECERİLER	15.Çocuğunuzun gereksinimlerinin personel tarafından karşılanma biçimi	0	1	2	3	4	U/Y
	16. Çocuğunuzu olabildiğince rahatlatmak için personelin gösterdiği çaba...	0	1	2	3	4	U/Y
	17.Personelin, çocuğunuzun gereksinimlerini olabildiğince çabuk karşılamaları...	0	1	2	3	4	U/Y
	18. Personelin, çocuğunuzla eve döndüğünüzde neler yapacağınızla ilişkin bilgilendirme ve uyarılar (danışmanlık) için ayırdığı süre...	0	1	2	3	4	U/Y
DUYGUSAL GEREKSİNİMLER	19. Çocuğunuza oyun oynaması, duygularını anlatması ve sorularını yanıtlanması için ayrılan süre..	0	1	2	3	4	U/Y
	20. Çocuğun eğitim gereksinimlerini karşılama konusunda personelin size verdiği destek	0	1	2	3	4	U/Y
	21. Sizin duygusal gereksinimlerinizin personel tarafından karşılanması...	0	1	2	3	4	U/Y
	22. Çocuğunuzun duygusal gereksinimlerinizin personel tarafından karşılanması	0	1	2	3	4	U/Y
GENEL MEMNUNİYET	23.Çocuğunuzun hastanede tanısı konuluncaya kadar aldığı tüm bakım...	0	1	2	3	4	U/Y
	24. Personelin dostça ve yardım edici nitelikleri....	0	1	2	3	4	U/Y
	25. Çocuğunuzun tedavisi (yatarak veya ayakta) ve tedaviye bağlı yan etkilerden	0	1	2	3	4	U/Y

EK-4: ETİK KURUL KARARI

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
	DİĞER	<input type="checkbox"/>	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2012/180	Karar Tarihi : 06.03.2012
	<p>Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanmış katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.</p> <p style="text-align: right;">ASLI GİBİDİR</p>	

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
---------------	--

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI : Prof. Dr. Kader KÖSE

ETİK KURUL ÜYELERİ

Ünvanı / Adı Soyadı Ek Üyelığı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Kader KÖSE	Tıbbi Biyokimya	E.Ü. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Olgun KONTAŞ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Duran ARSLAN	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nazan DOLU	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İrfan ÖZYAZGAN	Plastik ve Rekonst.	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Polat DURUKAN	Acil Tıp	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Fath TANRIVERDİ	İç Hastalıklar	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Leyla HASDIRAZ	Göğüs Cerrahisi	E.Ü. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ertuğrul MAVİLİ	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hasan B. ULUSOY	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mehmet A. SOMDAŞ	KBB	Kayseri Eğitim Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yard. Doç. Dr. Ferhan ELMALI	Biyoistatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Av. Zübeyde CELEBİ	Avukat	Hukuk Müşaviri	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Ecz. Dilşad KÜÇÜKKEHAH	Eczacı	Serbest Eczacı	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yusuf Oğuz ALTUNTAŞ	Sivil Üye	Sivil-Tiyatro Sanatçısı	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KURULUN ADI	: ERCİYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Melikgazi/KAYSERİ
TELEFON	: 0 352 437 49 10 - 11
FAKS	: 0 352 437 52 85
E-POSTA	: byancar@erciyes.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ebeveynlerin Hastanede Yatan Çocuğunun Bakımına Katılma ve Memnuniyet Durumları		
	ARIŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yard.Doç.Dr. Salime Mucuk		
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği		
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yard.Doç.Dr. Salime Mucuk		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/Kayseri		
	DESTEKLEYİCİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMCİLCİSİ			
	ARAŞTIRMA FAZI	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
FAZ 3		<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>		
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>		
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>		
	Diğer İse Belirtiniz	<input checked="" type="checkbox"/>	Yüksek Lisans Tezi	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOKMERKEZ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFERFORMU	<input type="checkbox"/>
	HASTA KARTI/GÜNÜKLERİ	<input type="checkbox"/>
	ILAN	<input type="checkbox"/>
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>

ASLI GİBİDİR

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
Bakan Yard. Doç. Dr. Salime Mucuk
Fakülte Çefi

EK-5: KURUM İZİNİ

T.C.
YOZGAT VALİLİĞİ
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü

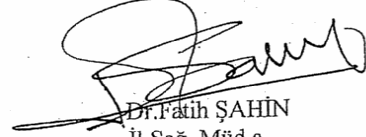
ŞUBE KODU : B100ISM4660100/999
KONU : Tez Uygulama İzni

25.06.12*007769

BOZOK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ PERSONEL DAİRE BAŞKANLIĞINA
YOZGAT

İlgi: 06.04.2012 tarih ve 700/801 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Yüksekokulu'nda görev yapan Araştırma Görevlisi Sevim ÇİMKE'NİN "Ebeveynlerin Hastanede Yatan Çocuğunun Bakıma Katılma ve Memnuniyet Durumları" isimli tez çalışması ve anketlerini Yozgat Devlet Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek Bina:4 Çocuk Servisinde 01/06/2012-01/01/2013 tarihleri arasında yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, söz konusu araştırmanın yapılabilmesi için Valilik Makamından alınan 22.06.2012 tarih ve 1143 sayılı onay ilişikte gönderilmiştir.
Bilgilerinize arz ederim.


Dr. Fatih ŞAHİN
İl Sağ. Müd.a.
İl Sağlık Müd. Yrd.

Ek:1 Adet

ADRES : Develik Mahallesi Çamlık Caddesi No: 9
TELEFON : 0 (354) 217 50 70 (5 Hat)
e-posta : yozgat.yths@saglik.gov.tr

Posta Kodu : 66200
FAX : 0 (354) 217 70 31
web: <http://www.yozgat.saglik.gov.tr>

T.C.
YOZGAT VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ŞUBE : Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü
SAYI : B.10.0.ISM.4.66.01.00 - 1145
KONU : Tez Uygulama İzni

22.06.2012

VALİLİK MAKAMINA

Bozok Üniversitesi Rektörlüğü Personel Daire Başkanlığı'nın 06.04.2012 tarih ve 700/801 sayılı yazısı ile Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda görev yapan Araştırma Görevlisi Sevim ÇİMKE'NİN "Ebeveynlerin Hastanede Yatan Çocuğunun Bakıma Katılma ve Memnuniyet Durumları" isimli tez çalışması ve anketlerini Yozgat Devlet Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek Bina:4 Çocuk Servisinde 01/06/2012-01/01/2013 tarihleri arasında yapabilmesi için izin istemektedir. Anketlere katılımların gönüllülük esasına ve hasta hakları mevzuatına uygun olması ve anketlerin yapılacağı kurumda hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, yapılacak çalışmanın sonucunun bir örneğinin Müdürlüğümüze gönderilmesi ve Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydı ile tez çalışması ve anketlerin yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup;

Tensiplerinize arz ve teklif ederim.

Dr. Fikret ERDOĞAN
İl Sağlık Müdürü

Uygun Görüşle Arz/Ederim

21.06/2012

Erdogan TEMİZYÜREK
Vali Yardımcısı

OLUR

21.06/2012

Necati ŞENTÜRK
Vali

EK-6: GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı;

Yozgat Kadın Doğum ve Çocuk hastanesinde çocuk servislerinde ebeveynlerin bakıma katılma ve memnuniyet durumlarını belirlemek için bir araştırma yapmak istiyorum. Araştırmanın sonuçları hemşirelik bakım kalitesini artırmaya yönelik kullanılacaktır. Bu çalışmada size çocuğunuz, aileniz ve hastanedeki uygulamalar ile ilgili sorular sorulacaktır. Bu soruları içtenlikle yanıtlamanız sonuçların güvenilirliği için önemlidir. Bireylere herhangi bir girişimde bulunulmayacaktır. Çalışma bireyler açısından hiçbir risk içermemektedir. Kimliğinizi belirtecek isim ya da işaret belirtmeniz gerekmemektedir. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmakla serbestsiniz, önce kabul edip sonra hiçbir gerekçe göstermeden vazgeçebilirsiniz. Bu durumda size ve çocuğunuza gösterilen özen ve bakımda bir değişiklik olmayacaktır.

Elde edilen veriler sadece bilimsel amaçlı kullanılacak ve araştırma raporu dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Katılımınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün İmzası / Tarih.....

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih.....

EK-7: AKADEMİK KURUL KARARI

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI
AKADEMİK KURUL KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
24.01.2012	2012/02	02

Anabilim Dalı Akademik kurulu 24.01.2012 Salı Günü saat 10.00'da Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr. Ümit SEVİĞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

İlgi yazı üzerinde görüşüldü. Yapılan görüşmeler sonunda; Hemşirelik Anabilim Dalı 2011-2012 Yüksek Lisans programı öğrencisi Sevim ÇİMKE'nin "Ebeveynlerin Hastanede Yatan Çocuğunun Bakımına Katılma ve Memnuniyet Durumları" isimli tez çalışmasını Yrd.Doç.Dr.Salime MUCUK danışmanlığında yapmasına oy birliği ile karar verildi.

Öğretim Üyesi	Görevi	İmza
Prof.Dr. E.Ümit SEVİĞ	Anabilim Dalı Başkanı	
Doç.Dr.Sultan TAŞCI	Üye	
Doç.Dr. Mürüvvet BAŞER	Üye	
Doç.Dr. Meral BAYAT	Üye	
Yrd.Doç.Dr.Emine Erdem	Üye	
Yrd.Doç.Dr. Salime MUCUK	Üye	
Yrd.Doç.Dr. Handan ZİNCİR	Üye	

Burhan ÇOLAK
Erciyes Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fakülte Sekreteri

ASLI GERİDİR



ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Sevim ÇİMKE

Uyruğu: TC

Doğum Tarihi ve Yeri: 30 Temmuz 1986 Sivas

Tel: 05375181751

Email: sevim_cimke@hotmail.com

Yazışma Adresi: Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Merkez/YOZGAT

EĞİTİM

<u>Derece</u> <u>Tarihi</u>	<u>Kurum</u>	<u>Mezuniyet</u>
Yükseklisans	Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	-----
Lisans	Erciyes Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2009
Lise	Behice Yazgan Kız Lisesi	2004

İŞ DENEYİMLERİ

<u>Yıl</u>	<u>Kurum</u>	<u>Görev</u>
2009-2011	Cumhuriyet Üniversitesi Sivas	Hemşire
2011- halen	Bozok Ün. S.Y.O	Araştırma Görevlisi

YABANCI DİL

İngilizce