

T.C
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNİN ÇOCUK SERVİSLERİNDE VERİLEN
BAKIMIN AİLE MERKEZLİ BAKIM YÖNÜNDEN İNCELENMESİ VE
ANNE GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİ

Handan OKTAY

Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı İçin Öngördüğü

BİLİM UZMANLIĞI TEZİ

Olarak Hazırlanmıştır.

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Hicran ÇAVUŞOĞLU

ANKARA

2004

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne:

Bu çalışma jürimiz tarafından Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programında Bilim Uzmanlığı tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Hicran Çavuşoğlu
(Hacettepe Üniversitesi)



Üye : Prof. Dr. Gülümser Kubilay
(Hacettepe Üniversitesi)



Üye : Doç. Dr. Fatma Öz
(Hacettepe Üniversitesi)



Üye : Doç. Dr. Süheyla Abaan
(Hacettepe Üniversitesi)



Üye : Doç. Dr. Yurdagül Erdem
(Ankara Üniversitesi)



ONAY:

Bu tez, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu' nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Hakan Sedat Ozer

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yazar bu çalışmanın gerçekleşmesine katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Prof. Dr. Hicran Çavuşoğlu tez çalışmasını yönlendirmiş ve desteklemiştir.

Çalışmanın yapıldığı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Kampüsü Hastaneleri Çocuk Servislerinde çalışan doktor ve hemşireler tez çalışması için gerekli ortamı sağlamışlardır.



ÖZET

Oktay, H., Bir üniversite hastanesinin çocuk servislerinde verilen bakımın aile merkezli bakım yönünden incelenmesi ve anne görüşlerinin belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 2004. Bu araştırma, bir üniversite hastanesinin çocuk servislerinde verilen bakımın aile merkezli bakım yönünden incelenmesi ve anne görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma, Ankara ilini temsilen seçilen bir üniversite hastanesinin çocuk servislerinde uygulanmıştır. Çocuk servislerinde bir yıl içinde yatmış olan hasta sayısı hastane kayıtlarından saptanamadığı için araştırma örneklemini servislerdeki yatak sayısı kadar anne oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan anne ve çocuğa ilişkin sosyodemografik veri formu ve literatürden faydalanılarak geliştirilen anne görüşme formu kullanılmıştır. Sosyodemografik veri formu anne ve çocuğa ilişkin tanıtıcı bilgileri içermektedir. Anne görüşme formu ise aile merkezli bakıma ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdeler ve Kikare testleri kullanılmıştır. Araştırmada annelerin hastane ortamında daha çok çocuklarının fiziksel bakımını üstlendikleri ve bu nedenle kendi gereksinimlerini karşılayamadıkları saptanmıştır. Ayrıca annelerin çocuklarının bakımı ile ilgili olarak yeterince bilgilendirilmediği ve çocuklarının bakımı ve tedavisi ile ilgili kararlara katılmadıkları belirlenmiştir. Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda, hastane yönetimi tarafından aile merkezli bakıma ilişkin politikaların oluşturulması ve hastaneye yatan ebeveynlerin ve çocukların hakları ve aile merkezli bakımın felsefesi konusunda bilgilendirilmeleri önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Aile merkezli bakım, ebeveynlerin bakıma katılımı, hastaneye yatan çocuk.

ABSTRACT

Okday, H., Examination of the care given at the children units of a university hospital with regard to family centered care and determination of mothers's views, Hacettepe University Institute of Health Sciences, Children Health and Disease Nursing Program, Master Thesis, Ankara, 2004. This research is carried out in order to examine the care given at children units of a hospital with regard to family centered care and determination of mother' s views. The research is carried out at the children units of a university hospital. As the number of patients hospitalized at the children units of a university hospitals couldn't be determined from the hospital records, the research sample was formed of mothers as many as the number of beds at the units. A Socio-demographical questionnaire prepared by the researcher, and a mother interview form developed by utilizing the literature were used as the means of data collection. Socio-demographical questionnaire includes descriptive information about mothers and children. Mother interview form consists of questions about family centered care. Percentage values and Chi Square tests were used to evaluate the data. In the research, it is observed that mothers mostly undertake the physical care of their children and they cannot meet their own requirements. Besides, it is determined that mothers are not sufficiently informed about the care given to their children and they do not participate in the decision making of the care and the treatment of their children. In line with the findings obtained from the study, it was proposed that the hospital management would develop policies for the family centered care, and that the parents and children would be enlightened on their respective rights and the philosophy of family centered care.

Key words: family centered care, parental participation in care, hospitalized child.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELER	ix
GİRİŞ	
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2 Araştırmanın Amacı	3
GENEL BİLGİLER	
2.1 Çocuğun Hastaneye Yatmasının Ebeveynler Üzerindeki Etkileri.....	4
2.2 Ebeveynin Hastanede Çocuğun Bakımına Katılmasına İlişkin	
Yapılmış Çalışmalar	5
2.3 Aile Merkezli Bakım.....	8
2.4 Aile Merkezli Bakımın Ebeveynler Ve Çocuklar İçin Yararları	
2.4.1 Ebeveynler İçin Yararları	10
2.4.2 Çocuklar İçin Yararları	11
2.5 Aile Merkezli Bakımın Uygulanmasında Yaşanan Güçlükler	13
2.6 Aile Merkezli Bakım Uygulamasında Hemşirenin Rolü	15
BİREYLER VE YÖNTEM	
3.1 Araştırmanın Şekli	18
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	18
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19

3.4 Verilerin Toplanması	
3.4.1 Veri Toplama Aracının Hazırlanması.....	20
3.4.2 Ön Uygulama	20
3.4.3 Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	21
3.4.4 Verilerin Değerlendirilmesi	21
BULGULAR VE TARTIŞMA	
4.1 Çocuk ve Aileye İlişkin Tanıtıcı Özellikler.....	22
4.2 Annelerle Sağlık Personeli Arasındaki İşbirliğine İlişkin Bulgular	25
4.3 Annelere Sağlık Personeli Tarafından Sağlanan Desteğe İlişkin Bulgular	33
4.4. Bağımsız Değişkenlerle Ebeveyn Görüşme Formundan Elde Edilen Verilerin Karşılaştırılması	39
SONUÇLAR	48
ÖNERİLER	51
KAYNAKLAR	53
EKLER	
EK 1: Anket Formu	
EK2: Anne Görüşme Formu	
EK3: Araştırma İçin Kurumdan Alınan İzin Belgesi	
EK4: Çizelgeler	
EK5:Aile Merkezli Bakım Felsefesi	

ÇİZELGELER

	Sayfa
Çizelge 4.1.1 Çocuk ve Ailelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	22
Çizelge 4.2.1 Annelerin Çocuğun Bakımı ve Tedavisi Konusunda Sağlık Personeline Soru Sorabilme Durumları	25
Çizelge 4.2.2 Annelerin Çocuklarının Bakımı ve Tedavisi İle İlgili Kararlara Katılma Durumları.....	28
Çizelge 4.2.3 Hemşirelerin Çocuğun Bakımında Annelerin Yapmalarına İzin Verdikleri Uygulamalar.....	30
Çizelge 4.3.1 Annelerin Hastanede Kendi Gereksinimlerini Karşılama Durumları ve Hastanede Karşılayamadıkları Gereksinimleri	33
Çizelge 4.3.2 Annelerin Çocukları ile İlgili Endişelerini Hemşirelerle Paylaşabilme Durumları ve Endişelerini Paylaşamama Nedenlerinin Dağılımı	35
Çizelge 4.4.1 Çocuğun Yaşına Göre Annelerin Hastanede Kendi Gereksinimlerini Karşılama Durumlarının Dağılımı	39
Çizelge 4.4.2 Annelerin Eğitim Düzeylerine Göre Çocuğun Bakımı ve Tedavisi Konusunda Hemşirelere Soru Sorabilme Durumlarının Dağılımı	41
Çizelge 4.4.3 Annelerin Eğitim Düzeylerine Göre Hemşirelerle Endişelerini Paylaşabilme Durumlarının Dağılımı.....	42
Çizelge 4.4.4 Annelerin Eğitim Düzeylerine Göre Çocukları Hakkındaki Kararlara Katılma Durumlarının Dağılımı	44

Çizelge 4.4.5 Çocuğun Hastanede Yatış Süresine Göre Annelerin Hemşirelerle**Endişelerini Paylaşabilme Durumlarının Dağılımı..... 45****Çizelge 4.4.6 Annelerin Tanı Konduktan Sonra Geçen Süreye Göre Çocukları****Hakkındaki Endişelerini Hemşirelerle Paylaşabilme Durumlarının****Dağılımı 46**

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Çocuğun hastaneye yatması hem çocuk hem de ailesi için stresli bir deneyimdir (1, 2, 3, 4). Bu deneyim tüm ailenin yaşam tarzında önemli değişiklikler meydana getirir ve aile üyelerinin stres ya da kriz yaşamasına neden olur (5, 6).

Hastaneye yatmanın çocuk ve aile üzerindeki olumsuz etkilerine ilişkin araştırmalar 1934 yılından beri sağlık profesyonellerinin ilgi alanını oluşturmuştur (7). Palmer'in belirttiği gibi (1993) Pass yaptığı bir araştırmada, çocuğu hastanede yatan ailelerin çoğunda korku, anksiyete, stres ve kendini suçlama gibi duyguların yaşandığını saptamıştır (8). Ayrıca ebeveynler enerjilerinin büyük bir kısmını, bu güç deneyimle başetmek için harcadıklarından, hastanede kendilerinin ve çocuklarının gereksinimlerini karşılamada zorlanabilirler (9). Çocuğun bakım ve tedavisini hastanedeki hekim ve hemşireler üstlendikleri için aileler kontrol kaybı ve çaresizlik hissedebilirler (3, 5). Ailelerin hasta çocuğun bakımındaki rollerinin değişmesi ise onların anksiyetelerinin artmasına neden olabilir (10). Aileler akut ya da kronik hastalığı olan çocuğun sadece tıbbi sorunları ile değil, tüm sağlığı ve gelişimi ile ilgilenirler (11).

Günümüzde, ailelerin hastanede yatan çocuğun bakımına katılması desteklenmekte ve aile merkezli bakımın önemi vurgulanmaktadır. Aile merkezli bakımın temelinde ailenin, çocuğun yaşamındaki sürekliliğinin kabul edilmesi yer almaktadır (1, 12). Aile merkezli bakımın temel amacı, ailelerin çocuklarının hastaneye yatma stresiyle baş etmelerine yardımcı olmak ve çocuğun bakımındaki rollerini desteklemek amacına dayanmaktadır (13).

Aile merkezli bakımın amaçlarından biri de hastaneye yattıktan sonra ebeveynlerin çocuğun bakımındaki rollerini sürdürmelerine olanak tanımaktır (13). Aile merkezli bakımın diğer bir amacı ise, çocuk ve ailenin birlikte olmalarını sağlayarak hastaneye yatmanın çocuk ve aile üzerindeki olumsuz etkilerini önlemektir (14, 15).

Aile merkezli bakım anlayışı, aileyi çocuğun yaşamının değişmez bir ögesi olarak görür ve bütün ailelerin çocuklarına bakma ve onları yetiştirme isteklerine dayanır (16, 17). Bu anlayışa göre çocuğun hayatında aile merkezdedir ve hastanedeki

bakım sürecinde de merkezde olmalıdır. Amaç, sadece çocuğa bakım vermek değil , aile ve çocuğun bakım sürecinde birlikte olmasını sağlamaktır (1, 18) .

19. yüzyılın ortalarında ebeveynler olmadan çocuğa daha iyi bakım verilebileceği ve hemşirelerin hasta çocuklarla nasıl baş edeceklerini annelerden daha iyi bildikleri inancı vardı (8, 19). O dönemde ailelerin çocuklarından ayrılmaları ve çocuklarının bakım sorumluluğunu hastane personeline bırakmaları bekleniyordu (3, 20). Bowlby ve arkadaşları tarafından 1950'li yıllarda yapılan bir araştırma da uzun süreli ayrılıkların, çocuğun bütün yaşamını etkileyecek olumsuz sonuçlar doğurabileceği ortaya konmuştur (2, 8). Literatürde de anne yoksunluğunun ve ayrılık anksiyetesinin çocuğun iyileşmesini geciktirdiği belirtilmiştir (8, 19). Bu gelişmelere paralel olarak 1959 yılında İngiltere'de Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Platt Raporu'nun bir dönüm noktası oluşturduğu görülmektedir (4, 8). Platt Raporu'nun önerileri; çocukların anneleri ile birlikte hastaneye kabul edilmesi ve ziyaretlerin 24 saat olması, çocuk servislerinde oyun aktivitelerinin düzenlenmesi şeklindedir (8). Ancak Platt Raporu'nda önerilenlerin İngiltere'de uygulamaya geçişinin yavaş olduğu belirtilmektedir (4).

Bu gelişmeler doğrultusunda 1970'lerin sonlarında çocukların hastanede bakımları ile ilgili değişik uygulamalar ortaya çıkmıştır. Bu uygulamaların çoğu hastanede ailelerin ve çocukların emosyonel gereksinimlerini karşılamaya yöneliktir (7, 20, 21). Bu dönemde pediatrik bakımda ebeveynlerin bakıma katılmaları ve hastaneye yatma sürecinde çocuklarının yanında olmaları, ameliyat öncesi eğitim ve hazırlıklara katılmaları, kardeşlerin ziyaretlerine izin verilmesi gibi uygulamalar giderek yaygınlaşmış ve aile merkezli bakım için giderek vazgeçilmez olmuştur (1, 3).

1987 yılında tanımlanan aile merkezli bakımın temel ilkeleri; aile ile eksiksiz, açık, tarafsız ve sürekli olarak bilgileri paylaşmayı, ailelerin birbirlerini desteklemesini sağlamayı, ailelerin ırk, etnik, kültürel ve sosyoekonomik farklılıklarına saygı göstermeyi ve aileyi bakımın her sürecine katmayı içermektedir (16, 18, 22). Yapılan çalışmalar, ailelerin çocuğun hastaneye yatması durumunda onların yanında kalmayı, çocuklarının bakımına ve çocukları hakkında verilen kararlara katılmayı istediklerini göstermektedir (23, 24, 25). Ayrıca yapılan çalışmalarda ebeveynlerin tanı testleri, çocuğun hastalığı ve tedavisi konusunda bilgilendirilmeyi istedikleri belirlenmiştir (1, 18, 26).

Ülkemizdeki durum incelendiğinde ise ailelerin çocukları ile beraber hastanede kalmalarına ilişkin standart bir uygulamanın olmadığı ve hastanelerdeki uygulamalar arasında farklılıklar olduğu gözlenmektedir. Bazı hastanelerde ebeveynlerin çocuklarını sadece ziyaret saatlerinde görmelerine izin verilmektedir. Ülkemizde ailelerin 24 saat çocuklarıyla birlikte kalabildikleri hastanelerde bile çocuklarının hastalığı konusunda bilgilendirme, bakıma dahil olma ve tedavi ile ilgili kararlara katılma durumları istendik düzeyde değildir.

Bu nedenle bu araştırmada, annelerin çocukları ile birlikte 24 saat kalmalarına izin verilen hastanelerdeki bakımın aile merkezli bakım anlayışı yönünden incelenmesi planlanmıştır. Bu çalışmada elde edilecek sonuçların, hemşirelere aile merkezli bakım uygulamalarını geliştirmeleri konusunda ışık tutacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı :

Bu araştırma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Kampüsü Hastaneleri Çocuk Servislerinde verilen bakımın aile merkezli bakım ilkeleri yönünden incelenmesi ve annelerin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuğun Hastaneye Yatmasının Ebeveynler Üzerindeki Etkileri

Sosyal bir varlık olarak insan, yaşamı boyunca hastalık, boşanma, sevilen birinin ölümü gibi homeostazisi bozan krizli dönemler yaşar (27). Kriz, bir kişinin karşılaştığı sorunu var olan başetme yöntemleri ile çözümleyemediği zaman ortaya çıkan dengesizlik süreci olarak tanımlanabilir (5).

Aile üyelerinden birinin hastaneye yatması da durumsal bir krizdir. Hastane hem ebeveynler hem de çocuklar için yeni ve stresli bir ortamdır. Çocuğun hastaneye yatması halinde tüm ailenin günlük rutinleri, aile içindeki rolleri ve görevleri değişir (6, 28, 29, 30). Rennick (1995)'in belirttiği gibi Knalf yaptığı bir araştırma ile çocuğun hastaneye yatmasının aile üzerindeki etkilerini incelemiştir. Ebeveynler çocuklarının hastaneye yatmasının hayatlarındaki en önemli olay olduğunu ve çocukları hastaneye yattığında onlara daha fazla ilgi gösterebilmek ve zaman ayırabilmek için ailenin rutinlerinde değişiklik yaptıklarını ifade etmişlerdir (31).

Aile içinde yaşanan değişikliklerin yanı sıra hastane ortamının yabancı olması, tanımadıkları korkutucu araçlarla karşılaşmaları, ebeveynlerin çocuğun bakımındaki rollerinin değişmesi, çocuklarını nasıl destekleyecekleri ve bakım verecekleri konusunda bilgi eksikliklerinin olması ebeveynlerin anksiyete yaşamalarına neden olur (32, 33, 34). Adams ve arkadaşları (1991) çocukları hastaneye yatan ebeveynlerin yaşadıkları sorunlara ilişkin yaptıkları çalışmada, ebeveynlerin çoğu, çocukları hastaneye yattığında anksiyeteli olduklarını ve ne olacağı konusunda bilinmezlik yaşadıklarından anksiyetelerinin arttığını ifade etmişlerdir (32). Ayrıca hastanede çocuğun bakımının kontrolünü doktor ve hemşireler üstlendikleri için, ebeveynler kontrol kaybı ve çaresizlik hissettikleri belirlenmiştir (4, 10, 35).

Yapılan araştırmalar, ebeveynlerin hastanede yaşadıkları anksiyetenin çocuğun anksiyetesini de arttırdığını göstermektedir (36, 37). Alexander ve arkadaşlarının (1988) belirttiğine göre Jessner çocuğu hastaneye yatan ebeveynlerin yaşadıkları kontrol kaybı ve anksiyete duygularının çocuğun iyileşmesini etkilediğini saptamışlardır (38). Ayrıca Carson ve arkadaşlarının (1991) yaptıkları çalışmada annenin anksiyetesinin, çocuğun hastaneye ve yapılan işlemlere ilişkin uyumunu etkilediği ve anksiyetesini arttırdığı belirlenmiştir (37). Çocuğun enerjisinin büyük bir bölümünü anksiyetesi ile başetmek için harcaması iyileşme sürecini olumsuz

etkilemektedir. Bu nedenle, pediatri alanında çocuk ve ebeveynlerin anksiyetesini azaltarak çocuğun iyileşme sürecini hızlandırmak için aile merkezli bakım yaklaşımı önerilmektedir (39).

2.2. Ebeveynin Hastanede Çocuğun Bakımına Katılmasına İlişkin Yapılmış Çalışmalar

Literatürde ebeveynlerin hastanede çocuğun bakımına katılmalarına ilişkin yapılmış çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalar, ailelerin çocuğun hastaneye yatması durumunda onların yanında kalmak, aktif olarak çocuklarının bakımına ve çocukları hakkında verilen kararlara katılmak istediklerini göstermektedir (14, 23, 24, 25). Ayrıca yapılan çalışmalarda, ebeveynlerin tanı testleri, çocuğun hastalığı ve tedavisi konusunda bilgilendirilmeyi istedikleri de belirlenmiştir (1, 40). Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda, ebeveynlerin çocuklarının yanında hastanede kaldıkları sürede kendi gereksinimlerine yeterince zaman ayıramadıkları, hastanede çocukla birlikte kalmanın beraberinde ekonomik güçlükler getirdiği, çocuklarına yapılan ağırlı işlemlere tanık olmak zorunda kaldıkları ve sağlık personeli ile iletişim güçlüğü yaşadıkları saptanmıştır (38, 41, 42). Callery (1997) cerrahi servislerinden taburcu olan 24 çocuğun ebeveynlerinin hastanede çocuklarının bakımına katılmalarının onlar üzerindeki etkisini incelediği çalışmasında, ebeveynler hastanede çocuklarıyla birlikte kalmanın kendilerine maddi yük getirdiğini ifade ettiklerini belirlemiştir (42).

Ayrıca, Balling ve McKubbin (2001) hastanede çocuklarıyla birlikte kalan 50 ebeveynle görüşme yoluyla onların gereksinimlerini belirledikleri çalışmalarında, ebeveynler çocuklarına bakım vermekten zaman zaman duygusal ve fiziksel olarak tükendiklerini ifade etmişlerdir (26). Coyne (1995)'nin belirttiğine göre Halliday'in yaptığı bir çalışmada, ebeveynin çocuğun bakımına katılmasının onlarda fiziksel tükenmişliğe neden olduğu belirlenmiştir (43). Ebeveynlerin çocuğun bakımında fiziksel ve duygusal olarak tükenmişlik duygusu yaşamamaları için, hemşirelerin ebeveynlerin bakıma katılmaya hazıroluşluk düzeylerini iyi değerlendirmeleri ve onlara bakımda destek olmaları gerekmektedir. Lima ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları bir çalışmada ise, ebeveynlerin çocuklarının bakımında hemşireler tarafından desteklenmedikleri, çocuğun bakımı konusunda danışmanlık almadıkları

ve annelerin verdikleri bakımın denetlenmediği belirlenmiştir (44). Diğer taraftan Strachan (1993) çocuğun hastaneye yatmasına yönelik ebeveynlerin gösterdikleri duygusal tepkileri incelediği araştırmasında, ebeveynlerin çoğu hemşireler tarafından duygusal olarak desteklenmedikleri zaman anksiyetelerinin arttığını ifade etmişlerdir. Ayrıca bu çalışmada, çocuklarına yapılan işlemlere dahil edilmeyen ve bilgilendirilmeyen ebeveynler anksiyete düzeylerinin arttığını ifade etmişlerdir (23).

Yapılan çalışmalarda, ebeveynlerin çocuğun durumu, tanı ve tedavi testleri konusunda bilgilendirilmek istedikleri ve bu bilgilendirmenin de ebeveynlerin anksiyetesini azalttığı belirlenmiştir. Schaffer (2000) ebeveynlerin sağlık personelinin beklentilerini saptamak amacıyla, hastaneden taburcu olan 177 ebeveynle görüşme yöntemi kullanarak bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada ebeveynler çocuğun durumu, tanı ve tedavi testleri hakkında bilgi istediklerini ifade etmişlerdir (45). Benzer şekilde, Meerapol (1991) ebeveynlerin gereksinimlerini belirlediği çalışmada, ebeveynlerin %78'inin çocuğun tanısı ve % 73'ünün hastalığın çocuk üzerine etkileri hakkında bilgi almak istedikleri belirlemiştir (46). Ayrıca diğer bir çalışmada, Hallström ve arkadaşları (2002) ebeveynlerin çocukları hakkında kendilerine bilgi verilmesini ve bakıma katılmayı istediklerini saptamıştır (47). Kasper ve Nyamatki (1988) pediatrik yoğun bakım ünitelerinde ebeveynlerin gereksinimlerini belirledikleri çalışmada, ebeveynlerin % 73' ü çocuğun durumu ile ilgili sık aralıklarla ve doğru olarak bilgilendirilmek istediklerini ifade etmişlerdir (48). Ward (2001)'ın yenidoğan yoğun bakımında ebeveynlerin gereksinimlerini belirlediği çalışmasında, ebeveynler en önemli gereksinimlerinin bebeğe uygulanan tedavi planı ve yapılan tıbbi işlemler hakkında bilgilendirilmek olduğunu ifade etmişlerdir (49). Ebeveynlerin çocuklarının bakımına ilişkin bilgilendirilmeleri, çocukları ile ilgili kararlara katılabilmeleri için gereklidir (25). Kristjansdottir (1991)'ın 2-6 yaşlarında çocuğu olan ebeveynlerin hastanedeki gereksinimlerini belirlediği çalışmasında, ebeveynler çocuklarına ilişkin verilen kararlara bilgilendirilerek katılmak istediklerini ifade etmişlerdir (50).

Ayrıca bu konuda yapılan çalışmalarda, ebeveynlerin sağlık personeli tarafından endişelerinin ve sorunlarının dinlenilmesini, sorularının cevaplanmasını, çocuğun bakımında kendilerinden ne beklendiğini bilmeyi, servise oryante edilmeyi ve çocuklarının bakımına katılmayı istedikleri saptanmıştır (45, 47, 49). Bunların yanısıra

ebeveynlerin çocuğun bakımına katılımını etkileyen faktörler ise sosyal destekler, kültürel ve etnik değerler, kişisel ve aile içi ilişkiler, çocuğun durumu, hemşirelerin ebeveynlere karşı olan tutumları ve ebeveynlerin çocuğun bakımına katılmak için kendilerini hazır hissetmeleridir (43).

Ebeveynlerin bilgilendirilmesinde, çocuğun bakımına ve verilen kararlara katılabilmesinde iletişim önemli bir rol oynar. Sağlık personeli ve ebeveyn arasındaki açık iletişim, onların endişelerini, güçlüklerini, gereksinimlerini anlayabilmek için son derece önemlidir (30, 51). Ebeveynler ve sağlık personeli endişelerini ifade edebilmek ve açık olarak fikirlerini paylaşabilmek için karşılıklı saygıya dayalı açık iletişim kurmalıdırlar (51). Ebeveynlerin sağlık personeli ile yetersiz ve uygun olmayan iletişimi, onların anksiyetesini ve kontrol kaybı duygusunu artırır (29). Contro ve arkadaşlarının (2002) ebeveynlerin verilen bakım hakkındaki görüşlerini incelediği çalışmada, ebeveynler sağlık personeli ile yaşadıkları iletişim sorunlarının anksiyetelerini arttırdığını ifade etmişlerdir (52). Cimete (1998) çocuklarının yanında refakatçi olarak kalan annelerin duygu, deneyim ve beklentilerini belirlemek üzere yaptığı çalışmada, annelerin sağlık personeli ile iletişim güçlükleri yaşadıklarını, bilgi ve desteğe gereksinim duyduklarını ve bunların annelerde anksiyeteye neden olduğunu saptamıştır (53).

Ebeveynlerde hastanede çocuğun bakımında yaşadıkları ve anksiyeteye neden olan bir başka durum ise çocuklarına yapılan ağırlı işlemlerdir (5). Yapılan çalışmalarda, ebeveynlerin hastanede çocuklarına yapılan ağırlı işlemler sırasında yanlarında kalarak destek olmak istedikleri belirlenmiştir (54, 55). Bautcher ve arkadaşlarının (1989) acil serviste 250 ebeveynle yaptıkları çalışmada da ebeveynlerin %80'inin çocuklarına yapılan tıbbi işlemler sırasında yanlarında olmak istedikleri belirlenmiştir (54). Benzer şekilde Bautcher (1991) yaptığı çalışmada ise, ebeveynlerin %90'ının intravenöz damar yolu açılması sırasında çocuklarının yanında kalmak istediklerini saptamıştır (55). Ayrıca, Balling ve McKubbin (2001) hastanede çocuklarıyla birlikte kalan 50 ebeveynle görüşme yoluyla yaptıkları çalışmada, hastane politikaları nedeniyle çocuklarına yapılan işlemler sırasında onların yanlarında kalamadıkları için endişe yaşadıklarını ifade etmişlerdir (26). Benzer şekilde Strachan'ın (1993) yaptığı bir çalışmada da çocuklarına yapılan

işlemlere dahil edilmeyen ebeveynlerin anksiyete düzeylerinin arttığı belirlemiştir (23).

Ebeveynlerin yukarıdaki çalışmalarda belirtilen beklentilerinin karşılanması, onların yeni rollerini kabullenerek uyum yapabilmeleri ve varolan anksiyeteleri ile başedebilmeleri açısından son derece önemlidir (48). Ebeveynlerin araştırmalarla belirlenen gereksinimlerini ve beklentilerini en iyi şekilde karşılayan bakım yaklaşımı ise aile merkezli bakımdır (18).

2.3. Aile Merkezli Bakım

Hasta çocukların tedavisi için hastanelerin kurulması 19. yüzyılda başlamıştır. Bu dönemde yaygın olan enfeksiyon ve çocukluk dönemi hastalıklarının önlenmesi için sıkı izolasyon yöntemleri uygulanıyordu. Bu nedenle, ebeveynlerin çocuklarının yanında kalmaları ve ziyaretleri engelleniyordu (2, 44, 56). Ayrıca sağlık çalışanları 1960'lı yıllara kadar çocukların hastaneye ebeveynleriyle birlikte kabul edilmemesi gerektiğini düşünüyorlardı (57). Bu yıllarda çocuk sağlığı hemşirelerinin hasta çocuğa ebeveynlerden daha iyi bakım verecekleri inancı yaygındı (8). 1960'lı yıllara kadar süren bu görüş 1961-1978 yılları arasında yerini anneyi çocuğun bakımında desteklemeye bırakmıştır. 1979 yılından sonra ise anne ile çocuğun bakımında işbirliği modeli benimsenmiştir (58).

Ayrıca 20. yüzyılın ikinci yarısında özellikle Robertson, Spitz ve Bowlby tarafından psikoloji ve psikopatoloji alanında yapılan araştırmalarla annenin çocuğun bakımındaki önemi belirlenmiştir (21, 44, 57). Bu araştırmalarda anne yoksunluğunun, iyileşmeyi geciktirdiği, çocuğun sonraki yaşamında kişiliğini ve ruh sağlığını etkilediği saptanmıştır (8, 59).

Yapılan bu çalışmalar, hastanelerde aile merkezli bakımın kabul edilmesini sağlayan gelişmelere yol açmıştır. Bu gelişmelerden biri, İngiltere' de 1959 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan ve 55 öneriden oluşan Platt Raporu' dur (2, 60). Bu raporun önerileri arasında; ebeveynlerin çocuklarıyla birlikte kalmalarına izin verilmesi, çocukların hastaneye anneleri ile birlikte kabul edilmeleri, 24 saat açık ziyaret uygulaması, oyun aktivitelerinin düzenlenmesine olanak sağlanması ve hastane okullarının açılması yer almaktadır (8, 57, 60). Ancak bu önerilerin uygulamaya geçmesi zaman almıştır (2).

Ailelerin çocuklarının bakımına aktif olarak katılımı 1970 ve 1980'li yıllarda hız kazanmıştır (31). Bu ilerlemeler, çocukların duygusal ve gelişimsel gereksinimlerinin daha iyi karşılanmasına katkıda bulunmuştur. 1970'li yıllarda başlayan bakım anlayışındaki bu gelişmeler, 1990'lı yıllarda devam ederek aile merkezli bakım yaklaşımının benimsenmesine neden olmuştur (61, 62). Bu yaklaşıma göre, ailenin bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde bakıma dahil edilmesi ve çocuğun bakımında sağlık personeli kadar söz sahibi olduğunun kabul edilmesi öngörülmektedir (63, 64).

Aile merkezli bakım kavramı, yaklaşık 30 yıldır farklı boyutlarda ele alınmıştır. Bir grup ebeveyn ve sağlık personeli tarafından 1986 yılında aile merkezli bakıma ilişkin ilkeler geliştirilmiştir (51). 1994 yılında ise bu ilkeler yeniden gözden geçirilmiş ve değişiklikler yapılmıştır. Yeniden tanımlanan bu ilkeler şunları içermektedir;

- Ailenin, çocuğun yaşamındaki sürekliliğini ve önemini kabul etmek.
- Aile ve sağlık personeli arasındaki işbirliğini sağlık bakımının her düzeyinde kolaylaştırmak.
- Ebeveynlerle çocuğa ilişkin bilgileri sürekli ve eksiksiz olarak paylaşmak.
- Ailelerin ırk, etnik, kültürel ve sosyoekonomik farklılıklarını kabul etmek ve bu farklılıklara saygı göstermek.
- Ailelerin güçlü yönleri ve bireyselliğini tanımak ve farklı başetme yöntemlerine saygı göstermek.
- Ailelerin birbirini desteklemesini ve iletişim ağını kolaylaştırmak ve desteklemek.
- Sağlık politika ve programlarını ailelerin gereksinimlerini karşılayacak şekilde düzenlemek.
- Bebeklerin, çocukların, adölesanların ve ailelerin gelişimsel gereksinimlerini anlamak ve bunları sağlık bakım sistemi ile bütünleştirmek (17, 51, 61).

Aile merkezli bakımın ilkeleri, hastanede yatan çocuklara yönelik uluslararası bildirgelerde de (Hastaneye Yatırılan Hasta Çocuk Hakları ve Avrupa Hastanede Yatan Çocuk Hakları Bildirgesi) belirtilen haklara paralellik göstermektedir (65, 66, 67). Bu bildirgelerde genel olarak; çocukların hastanede ebeveynleri tarafından bakılma ve tedavi sürecinde ebeveynin her konuda bilgilendirilerek çocuğu hakkında verilen kararlara katılma hakkı, ebeveynlerin hastanede kalmasının desteklenmesi; ebeveynlerin hastanede çocuğun yanında kalırken işyerlerinden izinli olabilmeleri ve hastanede kaldıkları sürece maddi olarak desteklenmelerine ilişkin maddeler yer almaktadır (66, 67).

Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin hastalara refakat şekli ve koşulları ile ilgili maddesinde; ebeveynin çocuğun yanında kalması servislerde sorumlu uzmanların ve başhekimlerin kişisel görüşlerine bağlı kalmaktadır (68). Ayrıca 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunun 108. maddesinde ebeveynlerin çocuklarının hastalığı halinde 6 ay ücretsiz izinli olabilmelerine ilişkin bir madde yer almaktadır (69).

2.4. Aile Merkezli Bakımın Ebeveynler Ve Çocuklar İçin Yararları

2.4.1 Ebeveynler İçin Yararları

Aile merkezli bakım, ebeveyn ve sağlık personeli arasında etkin bir iletişim olmasını gerektirir. Ebeveynler ve sağlık personeli arasındaki iletişim arttıkça, onlar ve biz sendromu azalır ve karşılıklı güven duygusu gelişir (8). Ayrıca ebeveynin hastanede yatan çocuğun bakımına katılması, çocuğun bakımında kaybettiği kontrol duygusunu tekrar yaşamasını sağlar ve ebeveyn ve sağlık personeli arasındaki iletişimi güçlendirir (28, 52, 70). Evans (1993) ebeveynlerin çocuklarının bakımına katılması ile ilgili yaptığı bir çalışmada, ebeveynler çocuklarının bakımına katılmalarının sadece çocukları için değil kendileri için de çok faydalı olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca bu çalışmada ebeveynler çocuğun bakımına katılmalarının anksiyetelerini azalttığını ve çocuğun bakımında kontrol duygusu yaşamalarını sağladığını belirtmişlerdir (71).

Aile merkezli bakım, çocuğa ilişkin bilgilerin sürekli, eksiksiz ve tarafsız olarak ebeveynlerle paylaşılmasını gerektirir. Ailelerle bilginin paylaşılması onların bakıma ve çocukları hakkında verilen kararlara katılabilmelerinde en temel öğelerden

biridir (72). Schepp (1991) hastanede çocuğunun yanında kalan 45 anne ile yaptığı bir çalışmada, annelerin bilgilendirilerek karar verme sürecine ve bakıma katılmalarının anksiyetelerini azalttığını belirlemiştir (9). Er (1988)'in hastanede yatan çocukların ve ebeveynlerinin kaygı düzeyini etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında, çocuklarının yanında kalmayan ebeveynlerin kaygı ortalamaları, kalabilenlere oranla daha yüksek bulunmuştur (73). Melnyk (1994)'in belirttiğine göre Vulcan ve arkadaşlarının hastaneye yatan çocukların ebeveynlerine bilgi verilmesinin etkisini inceledikleri araştırmalarında, bilgilendirilen annelerin bilgilendirilmeyenlere göre daha az anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir (10). Ayrıca Ramritu'nun (1999) belirttiğine göre Gundry-White' ın yaptığı bir çalışmada, ebeveynler çocuklarının bakımına katıldıkça anksiyetelerinin azaldığını ifade etmişlerdir (74).

Ayrıca Alexander ve arkadaşları (1988), çocukları ile birlikte hastanede kalan ve kalmayan aileler üzerinde bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada Spielberg'in kaygı ölçeği kullanılarak ailelerin kaygı durumları incelenmiş ve çocuğuyla birlikte kalan ebeveynlerde anksiyete düzeyinin daha düşük olduğu bulunmuştur (38). Benzer şekilde, Palmer (1993)'in belirttiğine göre Meadow'un yaptığı çalışmada, ebeveynler çocuğun bakımına katılmalarının ve çocuklarının yanında kalmalarının anksiyetelerini azalttığını ifade etmişlerdir (8). Araştırmalarda da görüldüğü gibi; çocuğun durumu konusunda bilgilendirilen, çocuğun bakımına katılan ve karar verme sürecine dahil edilen annelerin anksiyete düzeyleri daha düşüktür (9, 71, 72).

Ayrıca aile merkezli bakımda ebeveyn bakımın her sürecine katıldığı için bakımın ve verilen eğitimin sürekliliği sağlanabilmektedir. Ebeveynin aile merkezli bakımda da olduğu gibi 24 saat çocuğuyla birlikte kalabilmesi ebeveynin sağlık eğitimi için hemşirelere fırsat sağlar (75). Ayrıca Palmer (1993)'in belirttiği gibi Ayer'in yaptığı bir araştırmada, ebeveynin çocuğunun bakımına katılımı arttıkça, ebeveyne verilen sağlık eğitiminin daha etkili olduğu belirlenmiştir (8).

2.4.2 Çocuklar İçin Yararları

Çocukların alışık oldukları güven verici ortamdan uzaklaşmaları, belirsiz ve tehlikelerle dolu yabancı bir ortama girmeleri kaygı yaşamalarına neden olur. Çocukların kaygılarını arttıran diğer nedenler ise; fiziksel yönden zarar görme,

invaziv girişimler, ameliyat, ölüm, ağrı ve kontrol kaybı yaşamaktır (5, 34, 76). Ancak çocuklar için hastaneye yatmadaki en önemli stres kaynağı, ebeveynlerinden ayrılmalarıdır. Çocuğa gerekli duygusal desteği sağlamak için primer bakım veren kişilerle hastaneye yattığında da ilişkisinin devam ettirilmesi önemlidir. Bu da aile merkezli bakımla sağlanabilir (30).

Hastanede annenin varlığı ve bakıma katılımı, çocuğun sosyal, psikolojik ve fiziksel sağlığını olumlu yönde etkiler. Ebeveynlerin varlığı, ayrılık anksiyetesini azaltarak çocuğun güven duygusunu artırır (8). Aktaş (1992) bir çalışmada; refakatçi kabul edilmeyen servislerdeki çocukların, refakatçi kabul edilen servislerdeki çocuklara oranla daha fazla ayrılık anksiyetesi yaşadıklarını belirlemiştir. Ayrıca bu çalışmada, refakatçi kabul edilmeyen servislerde çocukların tedavi sırasında zorluk çıkardıkları, tedaviyi reddettikleri ve ailelerine karşı olumsuz tavırlar içinde oldukları saptanmıştır (77). Benzer şekilde Clearly ve arkadaşlarının (1986) ebeveynlerin çocuklarıyla birlikte kalmalarının onlar üzerindeki etkilerini incelediği araştırmalarında, ebeveynlerin çocuklarıyla birlikte kalabildikleri kliniklerde çocukların daha az ağladıkları, kendi yaşlılarıyla daha çok sosyal etkileşime girdikleri belirlenmiştir (60) .

Palmer (1993)'in belirttiğine göre Mahoffy yaptığı bir araştırmada, ebeveynin hastanede çocuğun yanında kalmasının ve bakıma katılmasının çocuk için yararlarını incelemiştir. Bu araştırmanın sonucuna göre, ebeveynleri yanında kalan çocuklarda ameliyat sonrası iyileşmenin daha hızlı olduğu saptanmıştır (8). Ayrıca hastanede yapılan işlemler sırasında ebeveynleriyle birlikte olan çocukların işleme uyum gösterdiği ve daha az sorun yaşandığı belirlenmiştir (78).

Kristensson-Hallström (1994) çocuklarının yanında kalan ebeveynlerin deneyimlerini incelediği araştırmasında, ebeveynleri aktif olarak bakımına katılan çocukların, katılmayanlara oranla daha az ağrı ve uyku problemi yaşadıklarını belirlemiştir (79).

Melnyk ve arkadaşları (2001), ebeveynlerin hastanede çocuğun bakımına katılmasının, taburculuk sonrası çocukta görülebilecek davranış değişikliğine etkisini incelemiştir. Bu araştırma sonucunda, ebeveynleri bakıma katılan çocuklarda hastaneden taburcu olduktan sonra görülen olumsuz davranış değişikliklerinin azaldığı belirlenmiştir (34). Ayrıca ebeveynin hastanede çocuğun bakımına

katılması, çocuğun hastane ortamında da evdeki rutinlerinin aksamadan devam ettirilmesini, çocuğun aile üyeleriyle iletişiminin devam etmesini sağlar. Bu da çocuğun hastaneye yatmaya ilişkin anksiyetesini azaltarak iyileşme sürecini hızlandırır (75, 80).

Aile merkezli bakım uygulamalarının ebeveyn ve çocuklar için yararları yapılan araştırmalarla belirlenmiş olmasına karşın uygulamada sağlık personelinin ve hastanelerde ebeveynlerin kalması için uygun fizik koşulların olmamasından kaynaklanan sorunlar yaşanmaktadır (13, 81).

2.5. Aile Merkezli Bakımın Uygulanmasında Yaşanan Güçlükler

Ebeveynlerin çocuğun bakımındaki rollerine ilişkin beklentiler geçen son 40 yıl içinde değişmiştir. Geçmiş yıllarda ebeveynlerin hastaneye yatış sırasında çocuklarından ayrılmaları ve çocuğun tüm bakım sorumluluğunu sağlık personeline bırakmaları bekleniyordu. Ebeveynlerin bakıma katılmalarının yapılan araştırmalar sonucunda, yararları belirlendikten sonra bu beklenti, onların çocuklarıyla birlikte hastanede kalmaları ve bakıma katılmaları yönünde değişmiştir (8).

Ebeveynlerin hastanede çocuğun bakımına katılmaları yönündeki bu değişim, hemşire ve ebeveynlerin çocuğun bakımındaki rollerine yansımıştır (20). Çocuğun hastaneye yatması halinde ebeveynin rolü, sağlıklı çocuğun bakımından akut hastalığı olan çocuğun bakımına doğru değişir (8). Bu değişiklik, ebeveynin yeni rolüne ilişkin stres yaşamasına neden olur. Bu stresi azaltmak için, ebeveynlerin çocuk hastaneye yatmadan önce hastane ortamını tanımaları ve sağlık personeli ile tanışmaları önerilmektedir. Ayrıca rol stresini azaltmak için, annenin ve çocuğun yaşayabilecekleri deneyimlere önceden hazırlanmaları önemlidir. Ebeveynlerin yaşayacakları deneyimlere hazırlanmaları, anksiyete düzeylerini azaltır ve hastanede çocuğun bakımına daha aktif olarak katılmalarını sağlar (8, 19).

Ancak aile merkezli bakımın uygulanmasında ebeveynlerin bakıma ne kadar katılacakları ve bakımda üstlenecekleri roller konusunda hemşireler arasında belirsizlik vardır (81, 82). Bu konuda yapılan çalışmalarda, hemşirelerin aile merkezli bakım uygulamalarında ve ebeveynlere karşı sorumluluklarını yerine getirmede güçlüklerinin olduğu saptanmıştır. Callery (1997)'nin hastanede çocuğun bakımına katılan ebeveynlerin rollerini incelediği çalışmasında hemşirelerin, ebeveynleri tehdit

ve işyükünü arttıran bireyler olarak algıladıkları belirlenmiştir (13). Aynı araştırmada hemşireler, ebeveynlerin endişelerini paylaşmak için çok fazla zaman ve enerji harcamaları nedeniyle ebeveynlerin işyüklerini arttırdıklarını belirtmişlerdir. Benzer şekilde, Galvin ve arkadaşlarının (2000) belirttiğine göre, Johns ve Harvey aile merkezli bakım uygulamasındaki güçlükleri; aile merkezli bakım hakkında sağlık personelinin bilgi eksikliği, aile merkezli bakımın uygulanabilmesi için hastane politikalarının geliştirilememesi ve hastane personelinin ebeveynleri tehdit olarak algılamaları nedeniyle birlikte çalışmayı istememeleri olarak belirlemişlerdir (40).

Ayrıca Berman (1991), ebeveynlerin hastanede çocuklarının bakımına katılmaları konusunda hemşirelerin görüşlerini belirlemek için 22 hemşire üzerinde bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada hemşireler aile merkezli bakımın aileler için en uygun bakım olduğunu, ancak ebeveynlerin hastanede rollerinin açık olmaması nedeniyle serviste her şeye müdahale ettiklerini ve bu durumun da kendilerini rahatsız ettiğini ifade etmişlerdir. Aynı araştırmada, hemşirelerin %82'si ebeveynlere çocuklarının günlük bakım gereksinimlerini karşılamada güvindiklerini ve onları yeterli gördüklerini belirtmişlerdir. Ancak hemşirelerin, karmaşık ve teknik işlemlerde ebeveynlerin bakıma katılmaları konusunda endişe ve tedirginlik yaşadıkları saptanmıştır (62). Gill' in belirttiğine göre (1987) Ayer' in yaptığı bir çalışmada bu endişenin nedeni, hemşirelerin hastanede çocuğun bakımı konusunda ebeveynlere yeterli eğitim ve danışmanlık vermemeleri olarak saptanmıştır (75).

Aile merkezli bakımın uygulanmasındaki bir diğer güçlük ise; hemşire ve ebeveyn arasındaki güç savaşıdır. Hemşire çocuğun bakımında ebeveynler tarafından güç olarak görülür. Aile merkezli bakımda olduğu gibi ebeveynin bakıma katıldığı durumlarda ise bu güç dengesi bozulur. Çünkü, hemşire çocuğun bakımına ilişkin sorumluluğu ebeveynle paylaşır. Brown ve Ritchie' ye göre bu gücün dengelenmesinde hemşireler önemli rol oynamaktadır (82). Çünkü hemşire, ebeveynin bakıma katılma düzeyini ve çocuğun bakımına ilişkin bilgiyi kontrol eden sağlık personelidir. Hemşire ve ebeveynler arasındaki ilişkide güç dengesi, ebeveynlerin bakıma katılmasında özel bir önem taşımaktadır. Hemşirelerin çocuğun bakımını ebeveynlerle paylaşmak istememesi ve ebeveyni çocuğun bakımına katmak için bilgilendirmemesi aile merkezli bakımın uygulanmasında karşılaşılan önemli güçlüklerden biridir (8, 19).

Hemşirelerin, ebeveynlere karşı sorumluluklarını yerine getirmedeki diğer güçlükleri ise; iletişim becerileri, çocuğun bakımında aileye yetki verilmesi ve aile merkezli bakıma ilişkin bilgi eksiklikleri ile ilişkilidir (1, 81, 83). Brown ve Ritchie (1989)'nin ebeveynlerle hemşirelerin arasındaki iletişimi inceledikleri ve 25 pediatri hemşiresi ile yaptıkları çalışmalarında, hemşirelerin iletişim ve aile merkezli bakım hakkında bilgi eksikliği olduğunu saptamışlardır (83).

Yukarıdaki çalışmalarda da görüldüğü gibi, hemşirelerin ebeveynlerin bakıma katılmalarına ilişkin uygulamaları farklılık göstermektedir. Yapılan araştırmalarda uygulamalardaki bu farklılığa neden olan faktörler incelenmiştir. Bu konuda Gill (1987) 'in belirttiğine göre, Seidls'in bir çocuk hastanesinde çalışan 231 hemşire ile yaptığı çalışmada, hastanede yönetici pozisyonunda olan eğitim düzeyi yüksek hemşirelerin, ebeveynlerin çocuğun bakımına katılımını daha çok desteklediklerini saptamıştır (75). Benzer şekilde, Johnson ve Lindschau (1996) 62 pediatri hemşiresiyle yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan hemşirelerin, ebeveynlerin çocuğun bakımına katılımını destekledikleri belirlenmiştir (84).

2.7. Aile Merkezli Bakım Uygulamasında Hemşirenin Rolü

Aile merkezli bakım yaklaşımı çocuğun bakımında ailenin sürekliliğini ve önemini kabul etme ve aileleri sağlık ekibinin bir üyesi olarak görme düşüncesine dayanır (63, 64). Aile merkezli bakım, çocuk ve ailenin gereksinimlerinin karşılanması açısından önemli bir uygulamadır. Aile merkezli bakımın temel ilkeleri, hastanede yatan çocuğun uluslar arası bildirgelerde belirtilen hakları ile benzerlik göstermektedir (66, 67). Bu bağlamda aile merkezli bakımın hastaneye yatan çocuğun hakkı olduğu söylenebilir. Ayrıca yapılan çalışmalarda aile merkezli bakımın verilen bakımın kalitesini arttırdığı ve maliyetini düşürdüğü de saptanmıştır (85, 39).

Araştırmalarla çocuk ve aile için yararları belirlenen aile merkezli bakımın uygulanabilmesi için, sağlık ve hastane politikalarında düzenlemeler yapılması gereklidir. Hemşireler, hastanede ebeveynlerin çocuklarıyla beraber kalabilmeleri yönünde sağlık ve hastane politikalarının oluşturulmasında aktif rol almalıdırlar. Hemşireler çocuklar ve ailelerle hastanede en yakın ilişkide olan sağlık profesyonelleridir. Bu nedenle hemşireler hastanelerdeki bakımın aile merkezli olması yönündeki değişim ve farklılığı yaratabilmede anahtar pozisyonadırlar.

Annelerin 24 saat birlikte çocuklarıyla hastanede kalarak çocuğun tüm bakım sorumluluğunu üstlenmeleri, kendi gereksinimlerini karşılayamamalarına, duygusal ve fiziksel olarak tükenmişlik yaşamalarına neden olabilir. Bu nedenle hemşirenin, annenin kendi gereksinimlerini de karşılayabilecek şekilde düzenlemeler yapması gereklidir.

Ebeveynlerin hastanede çocuğun bakımına katılmaları için desteklenmesi önemlidir. Ancak hemşire, ebeveynlerin çocuğun bakımına katılmalarını desteklerken onların bakıma katılmaya hazıroluşluk düzeylerini de değerlendirmelidir. Ayrıca ebeveynlerin hastanede çocuğun bakımına katılmaları sürecinde, verilen bakımı denetlemeli ve ebeveynlere destek olmalıdır. Bu nedenle de aile merkezli bakım uygulamaları, hemşirelerin eğitim ve danışmanlık rollerini daha çok kullanmalarını gerektirir.

Hemşirenin bir diğer rolü de çocuk ve ailenin haklarını savunmaktır. Hemşirenin, ebeveynlere yönelik savunuculuk rolü; ebeveynlerin, çocuğun bakımına katılmalarını desteklemeyi, çocuğa uygulanan tanı ve tedavi yöntemlerini anlamalarına yardım etmeyi, soru sormalarına izin vermeyi ve çocuğun tedavisiyle ilgili kararlarda ebeveynlerin görüşlerini almayı içermektedir (5). Hemşire, ebeveynleri çocuklarının tanı, tedavi ve bakımı hakkında bilgi almaya ve soru sormaya cesaretlendirmeleridir. Hemşirenin, ebeveynleri bilgilendirirken onlarla açık iletişim kurması ve ulaşılabilir olması son derece önemlidir.

Ayrıca hemşirenin, ebeveynleri çocuğun bakımı konusunda eğitme sorumluluğu vardır. Bu eğitimin çocuk hastaneden taburcu oluncaya kadar devam etmesi önemlidir. Hemşire, ailenin çocuğun bakımı konusunda gerekli bilgi ve becerileri kazandıklarından ve bunları doğru olarak yaptığından emin olmalıdır. Hemşire hastanede ebeveynin bakıma katılmasını sağlayarak ve verdiği bakımı denetleyerek, onları çocuğun evdeki bakımına hazırlamalıdır.

Ailenin sağlığa ilişkin inançları, değerleri, tutumları ve sağlık uygulamaları doğumdan itibaren çocuğu etkiler. Bu nedenle, hemşire bakım vereceği çocuğu ve aileyi bütüncül olarak değerlendirmeli ve belirtilen bu özellikleri çocuğun bakımında dikkate almalıdır.

Pediatric hemşireliğin bütüncül bir yönünü oluşturan aile merkezli bakım yaklaşımının 1960'lı yıllarda öneminin kavranmasına karşın, ülkemizde ebeveynlerin

bakıma katılması ve çocuklarıyla birlikte hastanede kalması henüz yaygın bir uygulama değildir. Ancak bazı özel hastanelerde ve üniversite hastanelerinde anneler çocuklarıyla birlikte kalabilmektedir. Bu hastanelerde ise annelerin daha çok çocuklarının temel fiziksel bakımını karşılamaları için hastanede kalmalarına izin verildiği gözlenmektedir.



3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Kampüsü Hastaneleri Çocuk Servislerinde verilen bakımın aile merkezli bakım yönünden incelenmesi ve annelerin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara ili belediye sınırları içinde yer alan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Kampüsü Hastaneleri Çocuk Servislerinde yapılmıştır. Çocuk servislerinde toplam 42 hemşire çalışmakta ve toplam 107 yatakla hizmet verilmektedir. Hastanede hematoloji-onkoloji, genel pediatri, süt çocuğu, yenidoğan ve enfeksiyon servisleri, kemik iliği transplantasyonu ve yoğun bakım üniteleri vardır. Bu ünitelerden hematoloji-onkoloji 26, genel pediatri 30, süt çocuğu 12, yenidoğan yoğun bakım ünitesi 18, enfeksiyon 13, kemik iliği transplantasyonu 4 ve yoğun bakım ünitesi ise 4 yataklıdır.

Araştırmanın Yapıldığı Klinikler ve Özellikleri

Hematoloji-Onkoloji Servisi: 26 yatak kapasitesi olan serviste 8 hemşire ve 4 doktor görev yapmaktadır. Hasta odalarında anneler için yatak ve her anne için özel dolap bulunmaktadır. Serviste var olan mutfak annelerin kullanabildikleri ancak banyodan istedikleri zaman yararlanamadıkları araştırma sırasında annelerden öğrenilmiştir.

Genel Pediatri Servisi: Çocuk dahiliye servisi olup 30 yatak kapasitesine sahiptir. Serviste 8 hemşire 7 doktor görev yapmaktadır. Hasta odalarında anneler için yatak ve her anne için özel dolap bulunmaktadır. Serviste bulunan mutfak ve banyodan anneler yararlanabilmektedirler.

Enfeksiyon Servisi: 13 yatak kapasiteli olan serviste 5 hemşire 2 doktor görev yapmaktadır. Hasta odalarında anneler için yatak ve her anne için özel dolap bulunmaktadır. Serviste annelerin kullanabilecekleri mutfak ve banyo bulunmamaktadır.

Süt Çocuğu Servisi: 12 yatak kapasiteli klinikte 5 hemşire 3 doktor çalışmaktadır. Hasta odalarında anneler için yatak ve her anne için özel dolap

bulunmaktadır. Serviste bulunan mutfak ve banyodan anneler yararlanabilmektedirler.

Araştırma süresince araştırmanın yapıldığı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastaneleri Çocuk Servislerinde primer hemşirelik bakımının verilmediği ve iş merkezli çalışıldığı saptanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Ankara İli Belediye sınırları içerisinde yer alan çocuk hastaneleri ve çocuk servisleri olan hastaneler aile merkezli bakım uygulamaları yönünden incelenmiştir. Bu hastanelerden Başkent Üniversitesi Çocuk Servislerinde ve Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi'nde annelerin sadece özel odalarda kalabildikleri belirlenmiştir. Sami Ulus Çocuk Hastanesi'nde ise annelerin refakatçi olarak alınmadıkları öğrenilmiştir. Bu inceleme sonucunda, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Kampüsü Hastaneleri, Gazi Üniversitesi Hastanesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hastanesi ve SSK Ankara Eğitim Hastanesi Çocuk Servislerinde yoğun bakım üniteleri hariç annelerin çocuklarıyla birlikte kalmalarına izin verildiği belirlenmiştir. Bu nedenle araştırmanın evrenini bu dört hastanede çocuklarıyla birlikte kalan anneler oluşturmuştur. Örneklem seçimi için bu hastanelerin her biri numaralanmış ve numaraların her biri ayrı bir kağıda yazılarak kura yöntemi ile Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Kampüsü Hastaneleri Çocuk Servisleri örnekleme alınmıştır.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Kampüsü Hastaneleri Çocuk Servislerinde bir yıl içinde yatmış olan hasta sayısı hastane kayıtlarından saptanamamıştır. Bu nedenle araştırma örneklemini seçerken annelerin çocuklarıyla birlikte kalabildikleri servislerdeki yatak sayısı temel alınmıştır. Annelerin çocuklarıyla birlikte kalabildikleri hematoloji-onkoloji (26 yatak), genel pediatri (30 yatak), süt çocuğu (12 yatak) ve enfeksiyon (18 yatak) servislerinde toplam 81 yatak vardır. Bu servislerde çocuklarıyla birlikte kalan 81 anne araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Annelerin çocuğun hastaneye yatmasına bağlı akut streslerinin azalması ve hastaneye uyum yapabilmeleri için en az bir hafta süreyle hastanede kalan annelerle görüşme yapılmıştır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastaneleri Çocuk Servisleri yenidoğan yoğun bakım (18 yatak), yoğun bakım ünitesi (4 yatak) ve kemik iliği transplantasyon ünitesinde (4 yatak) annelerin

çocukları ile kalmalarına izin verilmediği için bu üniteler örneklem dışında bırakılmıştır.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Kampüsü Hastaneleri Çocuk Servislerinde kurum politikası gereği refakatçi olarak öncelikle annelerin kalması tercih edilmektedir. Bu nedenle araştırma kapsamına çocuğu ile birlikte kalan anneler alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması

Veri toplama aracı olarak anne ve çocuğa ilişkin sosyodemografik veri formu ve anne görüşme formu kullanılmıştır.

Anneler ve çocuklarına ilişkin sosyodemografik veri formu toplam 21 sorudan oluşmaktadır. Sosyodemografik veri formu annelerin tanıtıcı bilgilerini; yaş, eğitim durumu, sosyal güvence durumu ve çocuğun tanıtıcı bilgilerini; çocuğun yaşı, hastalığının süresi ve daha önceki hastane deneyimine ilişkin değişkenleri içermektedir (EK 1).

Anne görüşme formu ise araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilmiştir. Bu form iki bölümden oluşmakta ve aile merkezli bakımın temel ilkelerine dayanmaktadır (40, 86, 87). Bu bölümler: 1) aile ile işbirliği, 2) aileye destek olmayı içermektedir. Aile ile işbirliği bölümü; annenin çocuğun bakımına katılması, çocuğun durumu konusunda bilgilendirilmesi ve çocuğun bakımı ve tedavi ile ilgili kararlara katılmasına yönelik soruları içermektedir. Aileye destek olma bölümünde ise; hastanenin fizik koşullarının ve sağlık ekibinin ailelerin gereksinimlerini karşılayabilme durumlarına yönelik sorular yer almaktadır. Bu iki bölüm toplam 30 sorudan oluşmaktadır (EK 2).

3.4.2. Ön Uygulama

Anneler ve çocuklarına ilişkin sosyodemografik veri formu ve anne görüşme formu, soruların anlaşılabilirliğinin belirlenmesi amacıyla Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Kampüsü Hastaneleri çocuk servislerinde çocuğu ile birlikte kalan 10 anneye uygulanmış ve değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre anlaşılmayan sorular araştırmacı tarafından yeniden düzenlenmiş ve anneler ve çocuklarına ilişkin sosyodemografik veri formu ve anne görüşme formu

oluşturulmuştur. Ön uygulamaya alınan anneler, araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

3.4.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Uygulama için öncelikle araştırma yapılan kurumdan yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce araştırmacı tarafından annelere araştırmanın amacı açıklanarak araştırmaya katılmayı kabul edip etmedikleri sorulmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen anne olmamıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden anneler örnekleme alınmıştır. Örnekleme alınan annelere, anne ve çocuklarına ilişkin sosyodemografik veri formu (EK 1) ve anne görüşme formu (EK 2) 14 Ocak- 15 Mayıs 2002 tarihleri arasında uygulanmıştır.

Sosyodemografik veri formu (EK 1) ve anne görüşme formu (EK 2) araştırmacı tarafından annelere okunarak görüşme sırasında doldurulmuştur. Veri toplama araçları oyun odası ya da servisteki bekleme odası gibi hasta odalarının dışındaki uygun ortamlarda doldurulmuştur. Bir anne ile yapılan görüşme yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

3.4.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Görüşme formunda yer alan açık uçlu sorular kendi içinde gruplandırılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde çocuk ve ailesinin tanıtıcı özellikleri bağımsız; anne görüşme formundaki veriler de bağımlı değişkenler olarak ele alınmıştır.

Araştırmada elde edilen bulgular, bilgisayarda SPSS 10.0' da kodlanmış ve değerlendirilmiştir. Anne görüşme formunun (EK 2) aile ile işbirliği bölümünde 2, 5, 13, 15 ve aileye sağlanan destek ile ilgili bölümünde 4, 9, 12 no' lu sorularına verilen yanıtların dökümü yapılmış ve birbirine benzer yanıtlar kendi içinde gruplandırılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdelik ve Kikare kullanılmıştır.

4. BULGULAR VE TARTIŞMA

4.1. Çocuk ve Aileye İlişkin Tanıtıcı Özellikler

Çizelge 4.1.1. Çocuk ve Ailelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

n=81		
Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Anne Yaşı		
21-30 yaş	34	41.9
31-39 yaş	28	34.5
40 ve üstü	19	23.6
Anne Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil / Okur-yazar	11	13.8
İlkokul / Ortaokul	40	49.3
Lise	20	24.6
Üniversite	10	12.3
Annenin Çalışma Durumu		
Çalışan	14	17.3
Çalışmayan	67	82.7
Aile Tipi		
Çekirdek aile	65	80.2
Geniş aile	12	14.9
Parçalanmış aile	4	4.9
Sosyal Güvence Durumu		
Olan	76	93.8
Olmayan	5	6.2
Hastanede Kalmanın Annelere Maddi Yük Getirme Durumu		
Getiren	66	81.5
Getirmeyen	15	18.5
Annelerin Maddi Destek Alabileceği Kişi veya Kurumlar		
Olan	5	7.5
Olmayan	61	92.5
Çocuğun Yaşı		
0-11 ay	15	18.6
12-35 ay	14	17.6
3-6 yaş	25	30.8
7-11 yaş	15	18.2
12-18 yaş	12	14.8

4.1.1. “Devam” Çocuk ve Aileye İlişkin Tanıtıcı Özellikler

n=81		
Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Ailedeki Çocuk Sayısı		
1-2	48	59.2
3 ve üzeri	33	40.8
Evdeki Çocuklara Bakacak Kişi/Kişiler (n=68)*		
Olan	54	79.4
Olmayan	14	20.6
Ailenin Oturduğu Yer		
Ankara İçi	40	49.4
Ankara Dışı	41	50.6
Ankara Dışından Gelen Ailelerin Kaldıkları Yerler (n=41)**		
Misafirhane-Otel	4	9.7
Akraba	13	31.7
Hastane	24	58.6
Annelerin Daha Önceki Yatışlarda Çocukla Birlikte Kalabilme Durumları (n=46)***		
Çocuğu ile Birlikte Kalan	33	71.7
Çocuğu ile Birlikte Kalamayan	13	28.3
Çocuğa Tanı Konduktan Sonra Geçen Süre		
0-29 gün	22	27.2
30-89 gün	19	23.4
90 gün ve üzeri	40	49.4
Çocuğun Hastanede Yatış Süresi		
7- 29 gün	73	90.1
30 gün ve üzeri	8	9.9

* İki çocuğu ve daha fazla sayıda çocuğu olan ebeveynlere sorulmuştur.

**Ankara dışından gelen ebeveynlere sorulmuştur.

*** Daha önce hastane deneyimi olan ebeveynlere sorulmuştur.

Çizelge 1’de araştırma kapsamına alınan çocuk ve ailelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan annelerin yaşının çoğunlukla 21-30 yaş grubunda (%41.9) olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki annelerin eğitim durumunun yaklaşık yarısının (%49.3) ilkökul ve ortaokul düzeyinde olduğu, annelerin çoğunun (%82.7) çalışmadığı ve ailelerin çoğunun (%80.2) çekirdek aile yapısında olduğu belirlenmiştir.

Annelerin çoğu (%93.8) sosyal güvencelerinin olduğunu belirtmekle birlikte, %81.5’i hastanede çocuklarıyla beraber kalmanın kendilerine maddi yük getirdiğini

belirtmişlerdir. Annelerin çoğu (%92.5) maddi destek alabilecekleri kişi veya kurumun olmadığını ifade etmişlerdir.

Çocukların %30.8'si 3-6 yaş, %18.6'sı 0-11 ay ve %18.2'si 7-11 yaş grubundadır ve 1-2 çocuğu olan aileler daha fazladır (%59.2). Ailelerin çoğunun (%79.4) evdeki çocuklarına bakacak kişilerin olduğu belirlenmiştir.

Annelerin yarısı (%50.6) Ankara dışında oturmaktadır. Annelerin yarıdan fazlası (%58.6) hastaneden başka kalacak yerlerinin olmadığını belirtmişlerdir. Araştırma kapsamındaki annelerin % 71.7'sinin daha önceki hastane yatışlarında da çocuklarıyla beraber hastanede kalabildikleri belirlenmiştir.

Çocukların %49.4'ünün 90 gün ve daha uzun süreden beri bu hastalığa sahip oldukları ve %90.1'inin hastanedeki yatış sürelerinin 7-29 gün olduğu belirlenmiştir.



4.2. Annelerle Sağlık Personeli Arasındaki İşbirliğine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.2.1. Annelerin Çocuğun Bakımı ve Tedavisi Konusunda Sağlık Personeline Soru Sorabilme Durumları

n=81

Annelerin Sağlık Personeline Soru Sorabilme Durumları	Sayı	%
Hemşirelere		
Sorabilenler	65	80.2
Soramayanlar	16	19.8
Doktorlara		
Sorabilenler	81	100.0
Soramayanlar	-	-
Hemşirelere Soru Soramama Nedenleri (n=16)*		
Hemşirelerin Sorulara Yanıt Vermemeleri	16	100.0
Hemşireler Sert Davrandıkları İçin Soru Sormaktan Çekinmeleri	10	62.5
Hemşirelerin Çok Yoğun Olmaları	9	56.2

* Deneklerden birden fazla yanıt alınmıştır. Yüzdelere n üzerinden hesaplanmıştır.

Çizelge 4.2.1’de annelerin çocuğun bakımı ve tedavisi konusunda sağlık personeline soru sorabilme durumları yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki annelerin tümü çocuğun bakımı ve tedavisi konusunda doktorlara soru sorabildiklerini ifade etmişlerdir. Bu konuda hemşirelere soru sorabildiğini belirten annelerin oranı %80.2’dir. Meeropol’ün (1991) hastanede ebeveynlerin gereksinimlerini belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada da, ebeveynlerin %61’i doktorlardan, %42’si hemşirelerden bilgi aldıklarını belirtmişlerdir (46). Fagershiold ve arkadaşlarının (2003) ebeveynlerin pediatri hemşiresinden beklentilerini inceledikleri çalışmada ise onların çok azının hemşireleri bilgi kaynağı olarak gördükleri belirlenmiştir (88). Çalışmamızda ise annelerin tümü hekimi ve %80.2’si ise hemşireleri bilgi kaynağı olarak görmektedir. Hemşirelere soru soramadığını

belirten annelerin (%19.8) hemşirelerle ilişkilerinde sorun yaşadıkları ve hemşirelere ulaşamadıkları görülmektedir. Annelerin hemşirelere soru soramama nedenleri arasında, hemşirelerin sorulan sorulara yanıt vermemeleri (%100), sert davranmaları (%62.5) ve çok yoğun olmaları (%56.2) yer almaktadır.

Ayrıca annelerin, çocuğun bakımı konusunda hemşireler tarafından bilgilendirilme durumları da incelenmiştir. Annelerin %50.6'sı (n=41) hemşireler tarafından çocuğun bakımı konusunda bilgilendirildiklerini ifade etmişlerdir (Bkz. EK Çizelge 1). Ancak bilgilendirilen annelerin %41.5'i (n=17) verilen bu bilgileri anlamadıklarını belirtmişlerdir (Bkz. EK Çizelge 1). Bu bulgu verilen eğitimin istendik düzeyde olmadığını göstermektedir. Bu konuda Kristensson-Hallström' ün (2000) cerrahi kliniklerinde ebeveynlerin çocuklarının bakımına katılımlarına ilişkin yaptığı çalışmada da ebeveynlerin hemşireler tarafından kendilerine verilen bilgileri anlaşılmaz ve yetersiz buldukları belirlenmiştir (4). Ebeveynlere, çocuklarının durumu konusunda yetersiz bilgi verilmesi, onların anksiyete yaşamalarına neden olmaktadır (89, 10). Yapılan çalışmalar, çocuğu hastaneye yatan ebeveynlerin yaşadıkları anksiyetenin, çocuğun iyileşmesini olumsuz etkilediğini ve anksiyetesini arttırdığını göstermektedir (37, 38). Ebeveynlerin, çocuğun bakımı ve tedavisi konusunda bilgilendirilmesi, onların anksiyetesini azaltacak ve çocuğun bakımına daha etkin şekilde katılmalarını sağlayacaktır. Ayrıca yapılan çalışmalarda, ebeveynlerin daha çok çocuklarının durumu, tanı testleri ve tedavi planı konusunda bilgi gereksinimlerinin olduğu belirlenmiştir (45, 46, 48, 49). Uluslararası bildirgelerde de sağlık personelinin ebeveynlerle çocuğa ilişkin her türlü bilgiyi paylaşması öngörülmektedir. Gerçeği söyleme etik ilkesi altında çocukların ve ebeveynlerin herhangi bir tedavi ya da cerrahi işlemi bilme ve sonuçlarını anlama hakkı vardır. Bu nedenle, ebeveynlere ve çocuğa ne yapılacağı, tedavinin ya da işlemin çocuğa yararları ve sağlık üzerindeki olası yan etkileri ayrıntılı şekilde açıklanmalıdır (5).

Bizim çalışmamızda hemşirelerin, anneleri çocuğun bakımı konusunda bilgilendirme, uygulanan tedavi ve bakıma ilişkin soru sorma fırsatı verme ve annelere ulaşılabilir olma konusunda yetersiz kaldıkları görülmektedir. Annelerin 24 saat çocuklarıyla birlikte kalmalarına karşın hemşireler tarafından yetersiz bilgilendirilmeleri istendik bir bulgu değildir. Oysa aile merkezli bakımın en önemli

iki ilkesi hemşirenin annelerle çocuğa ilişkin bilgileri paylaşması ve onlarla işbirliği yapmasıdır. Bu hastanede aile merkezli bakımın bu iki önemli ilkesinin yeterli düzeyde uygulanamadığı görülmektedir. Hemşirelerin, ebeveynleri çocuğun bakımına katmak için yeterli düzeyde bilgilendirmemesi, aile merkezli bakımın uygulanmasında karşılaşılan en önemli güçlüklerden biridir (19).

Araştırmanın yapıldığı servislerde bir hemşireye düşen hasta sayısının 10' un üzerinde olması hemşirelerin annelere yeterli zaman ayırmasını engelleyen bir faktör olarak düşünülmektedir. Araştırmanın yapıldığı hastanede primer hemşirelik bakımı verilmemekte ve iş merkezli çalışılmaktadır. Bu nedenle, her şifte farklı hemşirelerin çocuğa bakım vermesinin, ebeveyn ve hemşire arasındaki güven ilişkisinin gelişmesini engellediği ve soru sormalarını güçleştirdiği düşünülmektedir. Ayrıca hemşirelerin, çocuğun bakımı ve tedavisi konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları da annelerin yetersiz bilgilendirilmesini etkileyen bir faktör olarak düşünülebilir.

Hemşirelerin, öncelikle çocuğa verilen bakım ve tedavi konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları ve bu bilgileri annelerle paylaşmaya istekli olmaları gerekir. Ayrıca çocuğa ilişkin bilgilerin ebeveynlerle paylaşılması ebeveyn ve hemşire arasındaki açık iletişimle mümkün olabilir. Hemşirenin uygun iletişim tekniklerini kullanarak annelerle arasındaki iletişimi açık tutması, anne ile geçirdiği zamanı etkin şekilde kullanması ve annelere çocuğun durumuna ilişkin sorularının olup olmadığını sorması, annelerin çocukla ilgili konularda hemşireye daha rahat soru sormalarını sağlayabilir .

Çizelge 4.2.2. Annelerin Çocuklarının Bakımı ve Tedavisi İle İlgili Kararlara Katılma Durumları

n=81

Annelerin Çocuklarının Bakımı Ve Tedavisi İle İlgili Kararlara Katılma Durumları	Sayı	%
Annelerin Çocukları Hakkındaki Kararlara Katılmaları		
Katılanlar	40	49.4
Katılmayanlar	41	50.6
Annelerin Kararlara Katılmama Nedenleri (n=41)*		
Doktorların Kararları Kendilerinin Vermesi	27	66.0
Kararlara Katılmayı Gerekli Görmeme	10	24.3
Bilgili Olmadığı İçin Karar Verememe	4	9.7

*Kararlara katılmadığını ifade eden ebeveynler yanıtlamıştır.

Çizelge 4.2.2’de annelerin çocuklarının bakımı ve tedavisi ile ilgili kararlara katılma durumlarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki annelerin yarısının (%50.6) çocukları hakkında verilen kararlara katılmadıkları belirlenmiştir. Bu konuda Schepp’in (1991) hastanede çocuğunun yanında kalan 45 anne ile yaptığı bir çalışmada, annelerin bilgilendirilerek karar verme sürecine ve bakıma katılmalarının anksiyetelerini azalttığı belirlenmiştir (9). Ayrıca Hastaneye Yatırılan Hasta Çocuk Hakları ve Avrupa Hastanede Yatan Çocuk Hakları Bildirgelerinde de belirtildiği gibi, tedavi sürecinde ebeveynlerin bilgilendirilerek çocuğun bakımı ve tedavisine ilişkin kararlara katılmalarının onların hakkı olduğu belirtilmektedir (66, 67). Ancak bu çalışmada, ebeveynlerin yaklaşık yarısının bu haklarını kullanamadıkları görülmektedir.

Annelerin, çocuklarının bakımı ve tedavisine ilişkin kararlara katılmama nedenleri incelendiğinde ise onların çoğu (%66) kararları doktorların verdiğini ifade etmişlerdir. Bu bulgu, hekimlerin paternalist yaklaşımının bir sonucu olarak

değerlendirilebilir. Hekimin hasta hakkında en doğru kararı kendisinin vereceğini düşünerek, anneyi çocuğun bakımı ve tedavisi ile ilgili kararlara dahil etmediği görülmektedir. Bu anneler, doktorlar bilgili oldukları için en iyi kararı onların verdiğini belirtmişlerdir. Annelerin kararlara katılmamalarına ilişkin diğer nedenler arasında; kararlara katılmayı gerekli görmeme (%24.3) ve bilgili olmadıkları için karar verememe (%9.7) yer almaktadır.

Bu çalışmada anneler 24 saat çocuklarıyla birlikte kaldıkları halde onların bakımı ve tedavisi konusunda yeterince bilgilendirilmedikleri ve bu nedenle çocukları hakkında verilecek kararları doktorlara bıraktıkları görülmektedir. Bu bulgu, hastanede çocuğu yatan ebeveynlerin haklarının uygulamada dikkate alınmasına yönelik bir hastane politikasının olmadığını ve annelerin hakları konusunda bilgilendirilmediklerini göstermektedir. Ayrıca çocuk için tehlikeli olabilecek herhangi bir işlem yapılmadan önce ebeveynlerin yazılı onamının alınması gereklidir (5). Ülkemizde Hasta Hakları Yönetmeliği'nde de çocuğa yapılacak işlemler için ebeveynden izin alınmasının gerekliliği belirtilmektedir (90). Ancak araştırmamızda annelerin %74.1'inden yapılan tıbbi uygulamalarda yazılı izin alınmadığı belirlenmiştir. Bu bulgu, çocuklara yapılan işlemler konusunda ebeveynlerden izin almaya yönelik bir hastane politikasının da olmadığını göstermektedir.

Annelere çocuğun evdeki bakımına hazır olup olmadıkları sorulduğunda ise onların çoğu (%72.8) kendilerini çocuklarının evdeki bakımına hazır hissettiklerini belirtmişlerdir (Bkz. EK Çizelge 1). Benzer şekilde, Lundblad ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları bir çalışmada da, araştırma kapsamındaki annelerin çoğu çocuklarının evdeki bakımına hazırlandıklarını ifade etmişlerdir (91). Aile merkezli bakımda, annenin 24 saat çocuğuyla birlikte hastanede kalabilmesi, anneyi evde çocuğun bakımına hazırlamada hemşireye eşsiz fırsatlar sağlamaktadır. Annelerin çoğunun çocuğun evdeki bakımına kendilerini hazır hissetmeleri, aile merkezli bakım açısından istendik bir sonuçtur.

Çizelge 4.2.3 Hemşirelerin Çocuğun Bakımında Annelerin Yapmalarına İzin Verdikleri Uygulamalar

n=81

Annelerin Yaptığı Uygulamalar	Sayı	%
Tedavi Edici Uygulamalar (n=81)*		
İlaç Uygulaması Yapmak	48	59.1
Buhar Uygulaması Yapmak	4	4.8
Oksijen Vermek	4	4.8
Soğuk Uygulama Yapmak	2	2.4
SAPD Yapmak **	1	1.2
Temel Bakım Uygulamaları (n=81)*		
Yemek Yedirmek	66	81.4
Hijyen Gereksinimlerini Karşılama	63	77.7
Vücut Isısını Ölçmek	46	56.7
Yatağını Yapmak	11	13.5

* Deneklerden birden fazla yanıt alındığı için yüzdelere n üzerinden hesaplanmıştır.

**SAPD: Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi

Çizelge 4.2.3’de hemşirelerin çocuğun bakımında annelerin yapmalarına izin verdikleri uygulamalar yer almaktadır. Özel beceri eğitimi gerektiren tedavi edici uygulamalar içinde annelerin daha çok (%59.1) çocuklarına ilaç verdikleri saptanmıştır. Bu annelerin 2’sinin subkutan insülin, 3’ünün ise ventolin uygulaması yaptıkları belirlenmiştir. İlaç uygulaması yapan annelerin çoğunun (n=43) ağız yoluyla alınan ilaçları verdikleri saptanmıştır. İlaç verme özel beceri gerektiren bir eylem olduğu için bu sorumluluğu üstlenen annelerin ilaçların özellikleri ve yan etkileri konusunda eğitilmeleri gereklidir. Annelerin yaptıkları ve özel beceri eğitimi gerektiren diğer tedavi edici uygulamalar arasında; %1.2 SAPD, %2.4 soğuk uygulama, %4.8 buhar uygulaması ve %4.8 oksijen verilmesinin yer aldığı saptanmıştır.

Annelerin yaptıkları temel bakım uygulamaları arasında çoğunlukla (%81.4) çocuklarına yemek yedirmek, (%77.7) hijyen gereksinimlerini karşılamak ve (%56.7) çocuklarının vücut ısını ölçmek yer almaktadır. Ayrıca annelerin % 13.5'i çocuklarının yataklarını yaptıklarını ifade etmişlerdir. Bu bulgular, annelerin daha çok çocuğun temel fiziksel bakımını karşılamaya yönelik özel beceri gerektirmeyen uygulamalar yaptıklarını (örn: yemek yedirmek, hijyen gereksinimlerini karşılamak gibi) göstermektedir. Annelerin, çocuğun bakımında yaptıkları ve özel beceri gerektiren uygulamalar (örn: oksijen verme, ilaç uygulama, SAPD yapma gibi) konusunda önceden annelere planlı bir eğitim yapılmadığı gözlenmiştir. Annelere, çocuğun bakımında sorumluluk vermeden önce, onların çocuğun bakımına katılmaya hazır olup olmadıkları değerlendirilmelidir. Hemşire, annelere çocuğun bakımı konusunda planlı ve sürekli eğitim yapmalı ve bu konuda yeterli becerileri kazanan annelerin tedavi edici uygulamaları yapmalarına izin vermelidir. Ayrıca hemşire, annelerin verdiği bakımı sürekli olarak denetlemeli ve bakımda onlara yeterli desteği sağlamalıdır.

Bu konuda, Bayat ve arkadaşlarının (2001) pediatri servislerinde refakatçi olarak kalan anneler üzerinde yaptıkları bir çalışmada, annelerin % 84.4'ünün çocuklarının vücut hijyenini sağladıkları ve %42.7'sinin de çocuklarına ilaç verdikleri saptanmıştır (92). Elibol'un (1996) hasta refakatçilerinin hastanede yaptıkları uygulamaları incelediği çalışmasında, refakatçilerin çoğunun hastaların yemek yeme, boşaltım, kişisel hijyen gibi gereksinimlerini karşıladıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada refakatçilerin %76.3'ünün hastaların ilaçlarını verdikleri, %75'inin soğuk uygulama yaptıkları saptanmıştır (93). Keane ve arkadaşlarının (1986) hastanede çocuklarıyla beraber kalan ebeveynler üzerinde yaptıkları çalışmada da ebeveynlerin daha çok çocuklarının fiziksel bakım gereksinimlerini karşıladıkları belirlenmiştir (94). Ayrıca Kristensson-Hallström ve arkadaşlarının (1994) yaptıkları çalışmada, ebeveynlerin çoğunlukla beslenme ve hijyen gibi çocuklarının temel fiziksel bakım gereksinimlerini karşıladıkları saptanmıştır (79). Bu çalışmaların sonuçları, bizim çalışmamızda elde edilen sonuçlara benzer niteliktedir.

Annelerin hastanede çocuğun bakımına katılmaları, onların çocuğun bakımındaki kontrol duygusunu kaybetmelerini önler ve anne-çocuk ilişkisini devam

ettirerek çocuğun güven duygusunun sürdürülmesini sağlar. Ayrıca hastanede annenin varlığı ve bakıma katılımı, çocuğun sosyal, psikolojik ve fiziksel sağlığını olumlu yönde etkiler. Evans'ın (1993) ebeveynlerin çocuklarının bakımına katılması ile ilgili yaptığı bir çalışmada ebeveynler, çocuklarının bakımına katılmalarının sadece çocukları için değil kendileri için de çok yararlı olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca bu çalışmada ebeveynler çocuğun bakımına katılmalarının anksiyetelerini azalttığını ve çocuğun bakımında kontrol duygusu yaşamalarını sağladığını belirtmişlerdir (71). Er (1988)'in hastanede yatan çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeylerini incelediği çalışmasında, çocuklarının yanında kalamayan ebeveynlerin kaygı ortalamaları, kalabilenlere oranla daha yüksek bulunmuştur (73). Palmer (1993)'in belirttiğine göre Mahoffy'ın yaptığı bir araştırmada ise ebeveynleri yanında kalan çocuklarda ameliyat sonrası iyileşmenin daha hızlı olduğu saptanmıştır (8). Ayrıca Clearly ve arkadaşlarının (1986) ebeveynlerin çocuklarıyla birlikte kalmasının çocuklar üzerindeki etkilerini inceledikleri araştırmada, ebeveynlerin çocuklarıyla birlikte kalabildikleri kliniklerde çocukların daha az ağladıkları, kendi yaşitlarıyla daha çok sosyal etkileşime girdikleri belirlenmiştir (60) .

Yukarıda belirtilen araştırma sonuçları doğrultusunda, aile merkezli bakımda hemşirelerin, anneleri hastanede çocuğun bakımına katılmaları yönünde desteklemeleri önemlidir. Araştırmamızda annelerin %93.8' i çocuklarının bakımına katılmaları konusunda hemşireler tarafından desteklendiklerini ifade etmişlerdir (Bkz. EK Çizelge 1). Ancak hastanede annelerin, çocuğun bakımına ne ölçüde katılacaklarına yönelik yazılı bir prosedür olmaması, annelerin bakımda üstlenecekleri roller konusunda belirsizliklere neden olmaktadır. Araştırmanın yapıldığı hastanedeki çocuk servislerinde annelerin çocuklarıyla birlikte kalabilmeleri için gerekli fiziksel ortamın sağlanması ve bakıma katılmalarının desteklenmesi aile merkezli bakım açısından istendik bir uygulamadır.

4.3. Annelere Sağlık Personeli Tarafından Sağlanan Desteğe İlişkin Bulgular

Çizelge 4.3.1 Annelerin Hastanede Kendi Gereksinimlerini Karşılama

Durumları ve Hastanede Karşılayamadıkları Gereksinimleri

n=81

Annelerin Hastanede Kendi Gereksinimlerini Karşılama Durumları	Sayı	%
Evet	37	45.7
Hayır	44	54.3
Annelerin Hastanede Karşılayamadıkları Gereksinimleri (n= 81)*		
Dinlenme	45	55.5
Uyku	44	54.3
Banyo	37	45.6
Yemek	6	7.4

* Deneklerden birden fazla yanıt alındığı için yüzdeler n üzerinden hesaplanmıştır.

Çizelge 4.3.1’de annelerin hastanede kendi gereksinimlerini karşılama durumları ve hastanede karşılayamadıkları gereksinimleri yer almaktadır. Annelerin %54.3’ü hastanede gereksinimlerini karşılayacak zamanlarının olmadığını belirtmişlerdir. Annelerin %55.5’i dinlenme, %54.3’i uyku, %45.6’sı banyo ve %7.4’ü yemek yeme gibi temel fiziksel gereksinimlerini karşılayamadıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca anneler, çocuğun bakımını üstlenecek kimse olmaması nedeniyle kendi gereksinimlerini karşılayamadıklarını belirtmişlerdir.

Bayat ve arkadaşlarının (2002) çocuklarının yanında refakatçi olarak kalan ebeveynlerin gereksinimlerini belirlemek için yaptıkları çalışmada da hastanede uyku, yemek yeme ve banyo gereksinimlerinin karşılanamadığı saptanmıştır (92). Benzer şekilde Elibol’un (1996) yaptığı çalışmada da refakatçilerin büyük çoğunluğu temel fizyolojik gereksinimlerini (örn:yemek yeme, uyku) karşılayamadıklarını ifade

etmişlerdir (93). Özkaya'nın (1991) yaptığı bir çalışmada hasta yakınları hastanede kaldıkları süre içerisinde yorgunluk, uykusuzluk ve dinlenememe gibi güçlükler yaşadıklarını ifade etmişlerdir (95).

Balling ve McCubbin' in (2001) hastanede çocuklarıyla birlikte kalan 50 ebeveynle yaptıkları çalışmada, ebeveynlerin %33'ü hemşireler çok yoğun oldukları için çocuklarının bakımını üstlendiklerini belirtmişlerdir (26). Ayrıca bu çalışmada, ebeveynlerin hastanede kendi gereksinimlerini karşılayamamaları ve sürekli olarak çocuğun bakımını üstlenmeleri nedeniyle tükenmişlik ve yorgunluk hissettikleri belirlenmiştir.

Annenin sürekli olarak hastanede çocuğun bakımını üstlenmesi nedeniyle kendi gereksinimlerini karşılayamaması, aile merkezli bakım uygulamaları açısından istendik bir sonuç değildir. Tükenmişlik ve yorgunluk hisseden anneler çocuklarına gerekli desteği sağlayamaz. Aile merkezli bakımın temel amacı, çocuğun tüm bakım yükünü anneye vermek değil, hastanede anne-çocuk ilişkisini sürdürmek ve çocuğun fiziksel ve emosyonel olarak rahatlığını sağlamaktır. Araştırmanın yapıldığı servislerde hemşire sayısının azlığı nedeniyle hemşirelerin, çocuğun temel fiziksel bakımını daha çok annelere bıraktıkları görülmektedir. Ancak çocuğun bakımında annelerin tükenmişlik yaşamalarını önlemek için, hastane yönetiminin servislerde çalışan hemşire sayısını arttırmaları ve çocukların özel beceri gerektirmeyen temel fiziksel bakımlarını yapabilecek gönüllü kişilerin kurumda çalışmalarını sağlayacak düzenlemeler yapmaları önemlidir.

Çizelge4.3.2 Annelerin Çocukları ile İlgili Endişelerini Hemşirelerle Paylaşabilme Durumları ve Endişelerini Paylaşamama Nedenlerinin Dağılımı

n=81

Annelerin Çocukları İle İlgili Endişelerini Hemşirelerle Paylaşabilme Durumları	Sayı	%
Paylaşabilen	35	43.2
Paylaşamayan	46	56.8
Endişelerini Paylaşamama Nedenleri (n=46*)		
Hemşirelerin Çok Yoğun Olmaları	14	30.4
Hemşirelerin Anlamayacaklarını Düşünmeleri	12	26.1
Hemşirelerin Sert Davranmaları	8	17.4
Hemşirelerin Endişelerine Yanıt Vermemeleri	7	15.2
Hemşirelerin Dinlemediklerini Düşünmeleri	5	10.9

*Endişelerini paylaşamayan ebeveynler yanıtlamıştır.

Çizelge 4.3.2’de annelerin çocukları ile ilgili endişelerini hemşirelerle paylaşabilme durumları ve endişelerini paylaşamama nedenlerinin dağılımı yer almaktadır. Annelerin %56.8’i hemşirelerle endişelerini paylaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerle endişelerini paylaşamayan annelerin %30.4’ünün hemşirelerin yoğun olmaları nedeniyle endişelerini paylaşamadıkları belirlenmiştir. Bu bulgu doğrultusunda, annelerin hemşireleri iş yetiştirme telaşı içerisinde olan kişiler olarak algıladıkları söylenebilir. Annelerin endişelerini paylaşamamalarına ilişkin diğer nedenler arasında sırasıyla; hemşirelerin kendilerini anlamayacaklarını düşünmeleri (%26.1), hemşirelerin kendilerine sert davranmaları (%17.4) hemşirelerin endişelerine yanıt vermemeleri (%15.2) ve hemşirelerin kendilerini dinlemediklerini düşünmeleri (%10.9) yer almaktadır. Hemşirelerin kendilerini dinlemediğini belirten annelerin, hemşireler tarafından önemsenmediklerini

düşündükleri söylenebilir. Bu bulgular bize hemşirelerin rutin işleri yetiştirmeye öncelik verdiklerini ve annelerin gereksinimlerini fark edemediklerini ya da onların gereksinimlerini karşılamaya ayıracak zaman ve enerjilerinin olmadığını düşündürmektedir.

Annelerin hemşirelerle endişelerini paylaşamama nedenleri ile Çizelge 4.2.1'de belirtilen hemşirelere soru soramama nedenlerinin benzer olduğu görülmektedir. Bu bulgular, hemşirelerin aile merkezli bakım ilkeleri doğrultusunda, annelere yeterli bilgi ve desteği sağlayamadıklarını göstermektedir.

Bu konuda Hallström ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları bir çalışmada, ebeveynlerin endişelerini hemşirelerle paylaşmadıkları ve onların %33'ünün hemşirelerin çok yoğun çalışmalarından şikayetçi oldukları belirlenmiştir (47). Callery (1997) yaptığı bir çalışmada da hemşireler, ebeveynlerin endişelerini paylaşmak için çok fazla zaman harcamaları nedeniyle onların iş yüklerini arttırdıklarını belirtmişlerdir (13). Bizim çalışmamızda da ebeveynlerin %30.4'ü hemşirelerin yoğunluğu nedeniyle endişelerini paylaşamadıklarını belirtmişlerdir. Bu sonuç, aile merkezli bakım açısından istendik bir bulgu değildir. Çocuğu hastaneye yatan ebeveynler, çocuğun sağlık durumu, yapılan tanı ve tedavi işlemleri ve çocuğun hastalığına ilişkin bilgi eksikliği nedeniyle endişe yaşayabilirler. Ebeveynlerin çocuklarına ilişkin bu endişelerini sağlık personeli ile paylaşmaları anksiyetelerini azaltır. Çocukla ilgili endişeleri azalan ebeveynler ise çocuğunun bakımına daha etkin biçimde katılabilirler. Ancak bu çalışmada, hemşirelerin, annelerin yaklaşık yarısına yeterli zaman ayıramadığı ve onların endişelerini ele alamadığı görülmektedir. Endişelerini paylaşamayan annelerin kaygı düzeylerinin yüksek olabileceği ve bunun da çocuğa sağlayacakları desteği olumsuz etkileyeceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda annelerin çoğu (%90.1) tıbbi işlemler sırasında çocuklarının yanında kalmak istediklerini ve onların %80.2'si (n=65) tıbbi işlemler sırasında çocuklarının yanında kalmalarına izin verildiğini belirtmişlerdir (Bkz. EK Çizelge2). Ebeveynlerin çocuklarına yapılan işlemler sırasında, onların yanında olmalarına izin verilmemesi, anksiyete ve stresi artırmakta ve hem çocuk hem de ailenin olumsuz bir deneyim yaşamasına neden olmaktadır (76). Balling ve McKubbin (2001) hastanede çocuklarıyla birlikte kalan 50 ebeveynle yaptıkları çalışmada, hastane politikaları

nedeniyle çocuklarına yapılan işlemler sırasında onların yanında kalamayan ebeveynlerin endişe yaşadıklarını belirlemişlerdir (26). Benzer şekilde Strachan'ın (1993) yaptığı bir çalışmada da çocuklarına yapılan işlemler sırasında çocuğun yanında kalmasına izin verilmeyen ebeveynlerin anksiyete düzeylerinin arttığı belirlenmiştir (23). Ağrılı tıbbi işlemler sırasında annenin çocuğun yanında bulunması, onun anksiyetesini azaltır ve çocuğun işlemi daha kolay kabul etmesini sağlar (79). Bu çalışmada annelerin %80.2'sinin ağrılı tıbbi işlemler (örn: kan alma, damar yolu açılması ve lomber ponksiyon gibi) sırasında çocuğunun yanında kalabilmesi, aile merkezli bakım açısından istendik bir sonuçtur.

Bu konuda, Bautcher ve arkadaşlarının (1989) acil serviste 250 ebeveynle yaptıkları çalışmada da ebeveynlerin %80'inin çocuklarına yapılan tıbbi işlemler sırasında yanlarında olmak istedikleri belirlenmiştir (54). Benzer şekilde Bautcher'in (1991) yaptığı diğer bir çalışmasında ise ebeveynlerin %90'ının yapılan işlemler sırasında çocuklarının yanında kalmak istedikleri saptanmıştır (55). Araştırmamızın bulguları, Bautcher ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmalarda elde edilen bulgulara benzerlik göstermektedir.

Bunların yanı sıra annelerin alışık olmadıkları hastane gibi yabancı bir ortam da yatmaları da onlar için bir endişe kaynağı olabilir. Hemşire, annelerin servise kabulünde servisin rutinlerini anlatarak ebeveynlerin bu alışık olmadıkları yabancı ortama ilişkin endişelerini azaltabilir. Strachan ve arkadaşlarının (1993) ebeveynlerin çocuklarının hastaneye yatmasına tepkilerini inceledikleri çalışmada, hemşireler tarafından desteklenerek hastaneye yatışa hazırlanan ebeveynlerin endişelerinin azaldığı belirlenmiştir (23). Araştırmamızda annelerin %69.1'i çocuğu hastaneye yatırdıkları gün hemşireler tarafından servisin kendilerine tanıtılmadığını ifade etmişlerdir. Bu bulgu doğrultusunda, çocuğun hastaneye yatırıldığı gün annelere servise uyumları ve endişelerinin azalması için gerekli olan bilgi ve desteğin hemşireler tarafından sağlanmadığı söylenebilir.

Diğer taraftan, annelerin çoğu (%64.2) çocuklarının evdeki özel alışkanlıklarının (örn:yemek yeme, uyuma saatleri gibi) hemşireler tarafından sorulmadığını belirtmişlerdir (Bkz. EK Çizelge 2). Çocuğa verilen bakımda, çocuğun bireysel alışkanlıklarının bilinmesi, çocuğun hastane ortamında da evdeki rutinlerinin aksamadan devam ettirilmesini sağlar. Bu da çocuğun hastaneye yatmaya ilişkin

anksiyetesini azaltarak iyileşme sürecini hızlandırır. Ayrıca annelerin büyük çoğunluğu (%79) hemşireler tarafından kendilerine çocuğun evdeki bakımında yaptıkları uygulamaların (örn: çocuğun ateşi olunca annenin yaptığı uygulamalar) sorulmadığını belirtmişlerdir (Bkz. EK Çizelge 2). Annenin, çocuğun evdeki bakımına ilişkin uygulamalarının öğrenilmesi, yapılan yanlış uygulamaların ortaya çıkarılmasını sağlar. Bu uygulamaların bilinmesi, çocuğun bakımındaki yanlışları düzeltmeye yönelik aile eğitime de temel oluşturabilir. Ancak bu çalışmada hemşirelerin çoğunun annenin evdeki bakım uygulamalarını dikkate almadıkları görülmektedir. Bu bulgular doğrultusunda, hemşirelerin rutin/iş merkezli çalıştıkları ve çocuğun bireysel özellikleri, evdeki rutinleri ve ailenin sağlığa ilişkin uygulamaları konusunda gerekli verilerin toplanmadığı ve bunların çocuğun bakımında dikkate alınmadığı söylenebilir.

Annelerin %77.8'i çocukların hastanedeki bakımı sırasında kendilerine destek olabilecek kişilerin hemşireler tarafından bilinmediğini ifade etmişlerdir (Bkz. EK Çizelge 2). Annelerin, çocuğun bakımında duygusal ve fiziksel olarak tükenmişlik duygusu yaşamamaları için, destek kaynaklarının varlığı son derece önemlidir. Annenin, çocuğun bakımında duygusal ve fiziksel olarak tükenmişlik duygusu yaşaması, çocuğa verdiği bakımın etkinliğini azaltır. Aile merkezli bakımın önemli bir ilkesi de ailelerin güçlü yönlerini ve bireysel özelliklerini tanımadır. Ailelerin bireysel özelliklerinin tanınması beraberinde ailenin destek kaynaklarının da bilinmesini gerektirir. Ancak bu çalışmada, hemşirelerin çoğunun (%77.8) annelere çocuğun bakımında destek olabilecek kişilerin olup olmadığını bilmedikleri ve annelerin bu konudaki destek gereksinimlerinin farkında olmadıkları söylenebilir. Bu konuda hastane yönetiminin çocuğun tüm bakımını üstlenen annelerin tükenmişlik duygusu yaşamalarını önlemek için, onlara çocuğun bakımında destek olabilecek düzenlemeler yapması önemlidir. Bu düzenlemeler, çocuğun bakımında gönüllü kişilerin çalışmasına izin verme ya da servislerdeki hemşire sayısının artırılması şeklinde olabilir.

4.4. Bağımsız Değişkenlerle Ebeveyn Görüşme Formundan Elde Edilen Verilerin Karşılaştırılması

Çizelge 4.4.1. Çocuğun Yaşına Göre Annelerin Hastanede Kendi Gereksinimlerini Karşılama Durumlarının Dağılımı

Çocuk Yaşı	Gereksinimlerin Karşılanma Durumu				TOPLAM	
	Evet		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-11 Ay	4	10.8	11	25.0	15	18.5
12-35 Ay	2	5.4	12	27.3	14	17.3
3-6 Yaş	14	37.9	11	25.0	25	30.9
7-11 Yaş	8	21.6	7	15.9	15	18.5
12-18 Yaş	9	24.3	3	6.8	12	14.8
TOPLAM	37	100.0	44	100.0	81	100.0

$$X^2 = 13.3 \quad p = 0.01$$

Çizelge 4.4.1’de çocuğun yaşına göre annelerin hastanede kendi gereksinimlerini karşılama durumlarının dağılımı yer almaktadır. Çizelgede görüldüğü gibi, çocuğun yaşı ve annelerin kendi gereksinimlerini karşılayabilme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,01$). Yapılan ileri analizde bu farkın 12-35 ay grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. Diğer gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

12-35 ay grubunda çocuğu olan annelerin kendi gereksinimlerini karşılama oranı diğer yaş gruplarına göre daha düşüktür. 1-3 yaş dönemi, gelişim dönemleri içerisinde çocuğun daha aktif, hareketli ve meraklı olduğu bir dönemdir. Bu yaş dönemindeki çocuk bağımsız davranışlar göstermekle birlikte, güvenliği ve fiziksel bakımı yönünden ebeveynlere bağımlıdır. Bunlara ek olarak, ayrılık anksiyetesi bu yaş döneminde daha yoğun şekilde yaşanmaktadır (5). Bu nedenle bu yaş grubundaki çocuğun bakımı, ebeveynlerin zamanının çoğunu almakta ve kendi gereksinimlerini karşılama fırsatları azalmaktadır.

Diğer taraftan çizelgede görüldüğü gibi genel olarak 0-6 yaşları arasında çocuğu olan annelerin gereksinimlerini karşılayamama durumları daha yüksektir. Bu durumun 0-6 yaş grubundaki çocukların fiziksel ve psikolojik olarak anneye olan bağımlılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Balling ve McCubbin (2001) hastanede çocuklarıyla beraber kalan ebeveynlerin deneyimlerini inceledikleri araştırmada, çocuğun yaşı ile ebeveynlerin bakıma katılması arasında negatif korelasyon bulmuşlardır (26). Bu çalışmada, küçük yaşta çocukları olan ebeveynlerin çocuklarının günlük bakımına daha çok katıldıkları ve bu durumun, ebeveynlerin kendi gereksinimlerine daha az zaman ayırmalarına yol açtığı belirlenmiştir. Bu araştırmanın bulgusu, bizim çalışmamızın bulgularına benzer niteliktedir.

Daha öncede belirtildiği gibi, annelerin çocuğun tüm bakımını üstlenmelerini önlemek için, onlara destek olabilecek kişilerin bulunması önemlidir. Servislerde hemşire sayısının yetersiz olması, hemşireler tarafından bu desteğin sağlanmasını güçleştirmektedir. Bu nedenle, hastane yönetiminin hemşire sayısını yeterli düzeye getirmesi ya da çocuğun bakımına yardım edecek gönüllü kişilerin çalışması için gerekli organizasyonu yapması gereklidir.

Çizelge 4.4.2 Annelerin Eğitim Düzeylerine Göre Çocuğun Bakımı ve Tedavisi Konusunda Hemşirelere Soru Sorabilme Durumlarının Dağılımı

Annenin Eğitim Durumu	Hemşirelere Soru Sorabilme Durumları				TOPLAM	
	Evet		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okur-yazar değil/ Okur-yazar	2	18.2	9	81.8	11	100.0
İlkokul/ortaokul mezunu	37	92.8	3	7.5	40	100.0
Lise mezunu	18	90.0	2	10.0	20	100.0
Üniversite mezunu	8	80.0	2	20.0	10	100.0
TOPLAM	65	80.2	16	19.8	81	100.0

$$X^2=25.754 \quad p=0.0001$$

Çizelge 4.4.2’de annelerin eğitim düzeylerine göre çocuğun bakımı ve tedavisi konusunda hemşirelere soru sorabilme durumlarının dağılımı yer almaktadır. Çizelge 4.4.2’de görüldüğü gibi, annelerin eğitim düzeyleri ve hemşirelere soru sorabilmeleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.0001$). Yapılan ileri analizde bu farkın okur yazar olmayan/okuryazar grubundaki annelerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Diğer gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Çizelgede görüldüğü gibi, örgün eğitimden geçmeyen annelerin hemşirelere soru sorabilme oranı diğer gruptaki annelere göre daha düşüktür. Bu bulgu, örgün eğitimden geçmeyen annelerin hemşirelere neyi, nasıl soracakları ve iletişime nasıl geçecekleri konusunda güçlüklerinin olduğunu göstermektedir.

Kain ve arkadaşları (1997), ebeveynlerin çocukları hakkında bilgi isteme durumları ile ilgili yaptıkları çalışmada, ebeveynin eğitim düzeyi arttıkça, çocukları hakkında bilgi almayı isteme ve soru sorma durumlarının arttığını belirlemişlerdir (96). Bu çalışmada da örgün eğitimden geçen annelerin soru sorma oranlarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Aile merkezli bakımın ilkelerine göre çocuğa ilişkin bilgilerin aile ile sürekli olarak paylaşılması gereklidir. Bu amaçla hemşirenin annelerle açık iletişim kurması ve ulaşılabilir olması önemlidir. Hemşirenin, çocukları hakkında daha az soru soran bu ebeveynlere bilgi verme ve sorularını yanıtlamaya daha fazla zaman ayırması gereklidir.

Çizelge 4.4.3 Annelerin Eğitim Düzeylerine Göre Hemşirelerle Endişelerini Paylaşabilme Durumlarının Dağılımı

Annenin Eğitimi	Endişelerini Paylaşabilme Durumları				TOPLAM	
	Evet		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okur-yazar değil/ Okur-yazar	3	8.6	8	17.4	11	13.6
İlkokul/ortaokul mezunu	17	48.6	23	50.0	40	49.4
Lise mezunu	10	28.6	10	21.7	20	24.7
Üniversite mezunu	5	14.2	5	10.9	10	12.3
TOPLAM	35	100.0	46	100.0	81	100.0

$$X^2=1.763 \quad p=0.623$$

Çizelge 4.4.3’de annelerin eğitim düzeylerine göre çocukları hakkındaki endişelerini hemşirelerle paylaşabilme durumlarının dağılımı yer almaktadır. Çizelge 4.4.3’ de görüldüğü gibi annelerin eğitim düzeyleri ve çocuklarına ilişkin endişelerini hemşirelerle paylaşabilmeleri arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p=0.623$).

Annelerin çocukları ile ilgili endişelerini paylaşabilmesi aile merkezli bakım açısından önemlidir. Çünkü endişelerini paylaşamayan annenin anksiyetesi artar, çocuğuna yeterli oranda destek olamaz ve bakıma etkili şekilde katılamaz. Ancak annelerin, hemşirelerle endişelerini paylaşabilmesi için öncelikle karşılıklı olarak etkili bir iletişim kurulması, hemşirelerin uygun iletişim tekniklerini kullanarak

ebeveynlerle arasındaki iletişimi sürekli açık tutması ve ebeveynler için ulaşılabilir olması gereklidir.

Hemşire ve ebeveynler arasındaki açık iletişim, onların endişelerini, güçlüklerini ve gereksinimlerini anlamayı sağlar (30, 51). İletişimin yetersiz olması, annelerin anksiyetesini artırır ve çocuğun bakımında kontrol kaybı duygusu yaşamalarına neden olur (29). Bu konuda Contro ve arkadaşlarının (2002) ebeveynlerin verilen bakıma ilişkin görüşlerini inceledikleri çalışmada ebeveynler, sağlık personeli ile yaşadıkları iletişim sorunlarının anksiyetelerini artırdığını ifade etmişlerdir (52). Brown ve Ritchie (1989)'nin ebeveynlerle hemşireler arasındaki iletişimi inceledikleri ve 25 pediatri hemşiresi ile yaptıkları çalışmada ise, hemşirelerin iletişim ve aile merkezli bakım hakkında bilgi eksiklerinin olduğunu saptanmıştır (83).

Bu bulgular doğrultusunda, hemşireler ile anneler arasında yeterli ve etkili bir iletişim kurulamadığı, hemşirelerin annelere endişelerini paylaşmak için yeterli zaman ayıramadıkları ve duygusal destek sağlayamadıkları söylenebilir. Ayrıca hemşirelerin iletişim teknikleri ve aile merkezli bakım konusunda bilgi eksiklerinin olduğu düşünülebilir.

Çizelge 4.4.4. Annelerin Eğitim Düzeylerine Göre Çocukları Hakkındaki Kararlara Katılma Durumlarının Dağılımı

Annenin Eğitimi	Annelerin Çocukları Hakkındaki Kararlara Katılma Durumları				TOPLAM	
	Katılanlar		Katılmayanlar			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okur-yazar değil/ Okur-yazar	2	5.0	9	22.0	11	13.6
İlkokul/ortaokul mezunu	19	47.5	21	51.2	40	49.4
Lise mezunu	13	32.5	7	17.1	20	24.7
Üniversite mezunu	6	15.0	4	12.3	10	12.3
TOPLAM	40	100.0	41	100.0	81	100.0

$$X^2=6.743 \quad p=0.068$$

Çizelge 4.4.4' de annelerin eğitim düzeylerine göre çocukları hakkındaki kararlara katılma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Çizelgede görüldüğü gibi annelerin eğitim düzeyleri ve çocukları hakkındaki kararlara katılma durumları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p=0.068$).

Annelerin bilgilendirilerek çocuğu hakkında verilen kararlara katılmaları anksiyete düzeylerini azaltır ve çocuğun bakımına daha aktif olarak katılmalarını sağlar (71, 72). Ayrıca annelerin çocuklarının bakımı ve tedavisi hakkında verilen kararlara katılmaları onların en temel haklarıdır (66, 67). Ancak Çizelge 4.2.2' de belirtildiği gibi, annelerin çoğu (%66) kararları doktorların verdiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca annelerin %9.7'si bilgili olmadıkları için kararlara katılamadıklarını belirtmişlerdir. Konuya ilişkin yapılan bazı çalışmalarda da ebeveynlerin stresleri nedeniyle çocuğun durumunu tam olarak anlamadıkları için karar verme sürecinde pasif rol üstlendikleri belirlenmiştir (97). Annelerin çocukları hakkında verilen kararlara katılabilmeleri için çocuğun bakımı ve tedavisi konusunda (tedavinin yararları, riskleri, alternatif tedaviler) bilgilendirilmeleri ve çocuğa yapılacak işlemler konusunda bilgilendirilmiş onamlarının alınması gereklidir. Bu çalışmada annelerin %74.1' inden çocuğa yapılacak işlemler konusunda onam

alınmadığı belirlenmiştir. Çocuklarının bakımı konusunda bilgilendirilen annelerin ise %41.5' inin verilen bilgileri anlamadıkları saptanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda, annelerin çocuğun bakımı konusunda yeterli bilgilendirilmediği, çocuğa yapılacak tıbbi işlemler konusunda onamının alınmadığı ve bilgilendirilerek karar verme sürecine aktif olarak katılmadıkları söylenebilir. Bu sonuç hem aile merkezli bakımın ilkelerine hem de çocukların hakları ile ilgili uluslararası bildirelere ve Ülkemizdeki Hasta Hakları Yönetmeliği'ne uygun düşmemektedir.

Çizelge 4.4.5. Çocuğun Hastanede Yatış Süresine Göre Annelerin Hemşirelerle Endişelerini Paylaşabilme Durumlarının Dağılımı

Yatış Süresi	Endişelerini Paylaşabilme Durumları				TOPLAM	
	Evet		Hayır		Evet	Hayır
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
7-29 gün	28	80.0	45	97.8	73	90.1
30 gün ve üzeri	7	20.0	1	2.2	8	9.9
TOPLAM	35	100.0	46	100.0	81	100.0

p=0.0018

Çizelge 4.4.5' de çocuğun hastanede yatış süresine göre annelerin hemşirelerle çocukları hakkındaki endişelerini paylaşabilme durumlarının dağılımı yer almaktadır. Çizelgede görüldüğü gibi hastanedeki yatış süresine göre annelerin hemşirelerle çocukları hakkında endişelerini paylaşabilme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.018). Endişelerini hemşirelerle paylaşamayan annelerin çoğunun (%97.8) çocuklarının hastanede yatış süresinin 7-29 gün olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.4.6. Annelerin Tanı Konduktan Sonra Geçen Süreye Göre Çocukları Hakkındaki Endişelerini Hemşirelerle Paylaşabilme Durumlarının Dağılımı

Tanı Konduktan Sonra Geçen Süre	Endişelerini Paylaşabilme Durumları				TOPLAM	
	Evet		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-29 gün	4	11.4	17	37.0	21	25.9
30-89 gün	9	25.7	7	15.2	16	19.8
90 gün ve üzeri	22	62.9	22	47.8	44	54.3
TOPLAM	35	100.0	46	100.0	81	100.0

$$X^2 = 6.932 \quad p = 0.031$$

Çizelge 4.4.6'da annelerin tanı konduktan sonra geçen süreye göre çocukları hakkındaki endişelerini hemşirelerle paylaşabilme durumlarının dağılımı yer almaktadır. Çizelgede görüldüğü gibi, annelerin çocukları hakkındaki endişelerini hemşirelerle paylaşabilme durumları ve tanı konduktan sonra geçen süre arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.031$). Yapılan ileri analizde bu farkın, tanı konduktan sonra 0-29 gün geçen gruptaki annelerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Diğer gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Endişelerini hemşirelerle paylaşabilen annelerin en az oranla (%11.4) çocuklarına tanı konduktan sonra 0-29 gün geçen grupta olduğu görülmektedir. Benzer şekilde Çizelge 4.4.5'de görüldüğü gibi çocuğunun hastanedeki yatış süresi 7-29 gün olan annelerin oranı daha yüksektir.

Çocuğun hasta olması ve hastaneye yatması tüm aile ve özellikle çocuğun bakımını üstelenen anneler için krizli bir deneyimdir. Annelerin özellikle krizin akut olarak yaşandığı ilk bir aylık dönemde yaşadıkları yoğun anksiyete nedeniyle hemşirelerle etkili iletişim kuramadıkları ve endişelerini paylaşamadıkları düşünülmektedir. Ayrıca annelerin hemşirelerle endişelerini paylaşabilmesi için, hemşirelerin anneler için ulaşılabilir olması ve karşılıklı güven ilişkisinin kurulabilmesi gereklidir. Çizelge 4.3.2'de belirtildiği gibi annelerin endişelerini

paylaşamama nedenleri arasında hemşirelerin çok yoğun olmaları nedeniyle ulaşılabilir olmamaları ve onlarla yaşadıkları olumsuz iletişim deneyimleri yer almaktadır. Ancak annelerin çocukları hakkındaki endişelerini belirleyebilmek ya da paylaşabilmek için, hemşirelerin ek zaman ayırması gerekli değildir. Hemşirelik bakımında annelerin endişelerini belirlemeye öncelik veren bir hemşire; çocuğa yapılan işlemler sırasında da annelere uygun sorular sorarak onların endişelerini belirleyebilir. Annelerin, hemşirelerle endişelerini paylaşabilmeleri için, hemşirenin onlarla geçirdiği zamanı etkin kullanması ve onlara endişelerini ifade etme fırsatı vermesi aile merkezli bakım açısından da önemlidir.

Bu bulgulara ek olarak annelerin yaşı, çocuk sayısı, tanı konduktan sonra geçen süre ve aile tipine göre çocukları hakkındaki kararlara katılma, çocuklarının bakımı ve tedavisi konusunda hemşirelere soru sorma ve endişelerini hemşirelerle paylaşma durumları incelenmiş, bu değişkenler arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır. Ayrıca hastanede yatış süresine göre annelerin hemşirelere çocuğun bakımı ve tedavisi konusunda soru sorabilme durumları arasında da istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

SONUÇLAR

1. Annelerin çoğunun 21-30 yaş grubunda olduğu, yaklaşık yarısının ilkökul ve ortaokul düzeyinde eğitim aldığı, çoğunun çalışmadığı ve ailelerin çoğunun (%80,2) çekirdek aile yapısında olduğu belirlenmiştir. Annelerin çoğu (%93,8) sosyal güvencelerinin olduğunu ve %81,5'i ise hastanede çocuklarıyla beraber kalmanın kendilerine maddi yük getirdiğini ifade etmişlerdir. Annelerin çoğu maddi destek alabilecekleri kişi veya kurum olmadığını belirtmişlerdir. Çocukların yaklaşık üçte biri 3-6 yaş grubundadır. Araştırma grubunda 1-2 çocuğu olan aileler daha fazladır (%59,2). Ailelerin %79,4'ünün evdeki çocuklarına bakacak birinin olduğu belirlenmiştir. Annelerin yarısının Ankara dışında oturdukları ve bu annelerin yarısından fazlasının hastaneden başka kalacak yerlerinin olmadığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki annelerin %71,7'si daha önceki hastane yatışlarında da çocuklarıyla beraber hastanede kalabildiklerini belirtmişlerdir. Çocukların %49,4'ünün 90 gün ve daha uzun süreden beri bu hastalığa sahip oldukları ve %90,1'inin hastanede yatış sürelerinin 7-29 gün olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.1.1).
2. Annelerin tümü, çocuğun bakımı ve tedavisi konusunda doktorlara soru sorabildiklerini belirtmişlerdir. Hemşirelere soru sorabildiğini belirten annelerin oranı %80,2'dir. Annelerin, hemşirelere soru soramama nedenleri arasında hemşirelerin sorulan sorulara yanıt vermemeleri, kendilerine sert davranmaları ve çok yoğun olmaları yer almaktadır (Çizelge 4.2.1).
3. Annelerin %50,6'sı (n=41) hemşireler tarafından çocuğun bakımı konusunda bilgilendirildiklerini ifade etmişlerdir. Ancak bilgilendirilen annelerin %41,5'i (n=17) verilen bu bilgileri anlamadıklarını belirtmişlerdir (Bkz. EK Çizelge 1).
4. Annelerin yarısının çocukları hakkında verilen kararlara katılmadıkları belirlenmiştir. Annelerin, çocukları ile ilgili kararlara katılmama nedenleri arasında kararları doktorların vermesi, kararlara katılmayı gerekli görmeme ve bilgili olmadıkları için karar verememe yer almaktadır (Çizelge 4.2.2).

Ayrıca araştırmamızda annelerin %74,1'inden yapılan tıbbi uygulamalarda yazılı izin alınmadığı belirlenmiştir (Bkz. EK Çizelge 1).

5. Annelerin çoğu çocuğun evdeki bakımına kendilerini hazır hissettiklerini söylemelerine karşın, yaklaşık yarısı herhangi bir sorun olduğunda kime ulaşacaklarını bilmediklerini ifade etmişlerdir (Bkz. EK Çizelge 1).
6. Hemşirelerin çocuğun bakımında annelerin yapmalarına izin verdikleri tedavi edici uygulamalar içinde daha çok ilaç uygulamaları yer almaktadır. Annelerin yaptıkları temel bakım uygulamaları ise çocuklarına yemek yedirmeyi, hijyen gereksinimlerini karşılamayı ve çocuklarının vücut ısısını ölçmeyi içermektedir. Annelerin daha çok çocuğun temel fiziksel bakımını karşılamaya yönelik uygulamalar yaptıkları saptanmıştır (Çizelge 4.2.3). Araştırmamızda annelerin %93,8'i çocuklarının bakımına katılmaları konusunda hemşireler tarafından desteklendiklerini ifade etmişlerdir (Bkz. EK Çizelge 1).
7. Annelerin yarıdan fazlası hastanede kendi gereksinimlerini karşılayacak zamanlarının olmadığını belirtmişlerdir. Anneler sırasıyla dinlenme, uyku, banyo ve yemek yeme gibi temel fiziksel gereksinimlerini karşılayamadıklarını ifade etmişlerdir (Çizelge 4.3.1).
8. Annelerin yarıdan fazlasının hemşirelerle endişelerini paylaşmadığı saptanmıştır. Annelerin endişelerini paylaşamama nedenleri arasında; hemşirelerin yoğun olmaları, kendilerini anlamayacaklarını düşünmeleri hemşirelerin kendilerine sert davranmaları, hemşirelerin endişelerine yanıt vermemeleri ve hemşirelerin kendilerini dinlemediklerini düşünmeleri yer almaktadır (Çizelge 4.3.2.)
9. Annelerin çoğu tıbbi işlemler sırasında çocuklarının yanında kalmak istediklerini belirtmişlerdir. Bu annelerin %80,2'si tıbbi işlemler sırasında çocuklarının yanında kalmalarına izin verildiğini ifade etmişlerdir (Bkz. EK Çizelge 2).
10. Annelerin çoğu hemşireler tarafından kendilerine çocuklarının evdeki özel alışkanlıklarının ve çocuğun evdeki bakımında yaptıkları uygulamaların sorulmadığını belirtmişlerdir (Bkz. EK Çizelge 2).

11. Annelerin %77,8'i çocuklarının bakımı sırasında kendilerine destek olabilecek kişilerin hemşireler tarafından bilinmediğini ifade etmişlerdir (Bkz. EK Çizelge 2).
12. Çocuğun yaşı ve annelerin kendi gereksinimlerini karşılayabilme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,01$). Bu farkın 12-35 ay grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir (Çizelge 4.4.1).
13. Annelerin eğitim düzeyleri ve hemşirelere soru sorabilmeleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,0001$). Bu farkın okur yazar olmayan/okuryazar grubundaki annelerden kaynaklandığı belirlenmiştir (Çizelge 4.4.2).
14. Annelerin eğitim düzeyleri ve çocuklarına ilişkin endişelerini hemşirelerle paylaşabilmeleri arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p=0,623$). (Çizelge 4.4.3).
15. Annelerin eğitim düzeyleri ve çocukları hakkındaki kararlara katılma durumları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p=0,068$). (Çizelge 4.4.4).
16. Hastanede yatış süresi ve annelerin hemşirelerle endişelerini paylaşabilme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,018$). (Çizelge 4.4.5).
17. Annelerin tanı konduktan sonra geçen süreye göre çocukları hakkındaki endişelerini hemşirelerle paylaşabilme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,031$). Bu farkın, tanı konan süre 0-29 gün olan gruptaki annelerden kaynaklandığı belirlenmiştir.

ÖNERİLER

Bir üniversite hastanesinde verilen bakımın aile merkezli bakım yönünden incelendiği araştırma sonuçlarına göre aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Hemşireler tarafından annelere yeterli bilgi verilmediği ve bilgilendirilen annelerin %41.5'inin verilen bilgileri anlamadıkları belirlenmiştir. Bu nedenle, ebeveynlere çocuklarının durumu, tanı testleri ve tedavi planı konusunda düzenli olarak eğitim yapılması,
2. Annelerin yarısının çocukları hakkında verilen kararlara katılmadığı ve yapılan tıbbi uygulamalarda annelerden yazılı izin alınmadığı belirlenmiştir.
 - A) Bu konuda; Hastanede Yatan Çocuğun Haklarına ilişkin Uluslararası Bildirgelerin ve Ülkemizdeki Hasta Hakları Yönetmeliği'nin dikkate alınması,
 - B) Bu doğrultuda yapılan tıbbi girişimlerde çocuğun vasisinden yazılı izin alınmasına ve çocukla ilgili kararlara ebeveynlerin de dahil edilmesine yönelik bir hastane politikasının oluşturulması ve hastaneye yatışta çocuk ve ebeveynlerin hakları konusunda bilgilendirilmesi,
3. Hastanede çocuğu ile birlikte kalan annelerin anksiyetelerinin azaltılmasında fizik çevrenin ve hastanedeki kuralların tanıtılması önemlidir. Ancak annelerin çoğuna çocuklarını hastaneye yatırdıkları gün servisin tanıtılmadığı saptanmıştır. Bu nedenle hastane yönetimi tarafından fizik çevrenin tanıtımını ve hastane kurallarını içeren broşürler hazırlanması ve hastaneye yatışta ailelere verilmesi,
4. Annelerin, hemşirelere soru soramama ve onlarla endişelerini paylaşamama nedenleri arasında; hemşirelerin onlara sert davranmaları, endişe ve sorularına yanıt vermemeleri yer almaktadır. Hemşire ve anneler arasındaki iletişimi geliştirmek için, hastane yönetimi tarafından hemşirelere terapötik iletişim teknikleri konusunda hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,

5. Annelerin yarısının çocuklarının bakımı nedeniyle kendi gereksinimlerini karşılayamadıkları belirlenmiştir. Bu nedenle, hastane yönetimi tarafından çocuğun bakımına yardım etmek üzere hastanede gönüllü kişilerin çalışabilmesi ya da servislerdeki hemşire sayısının arttırılmasına yönelik gerekli düzenlemelerin yapılması,
6. Hastane yönetimi tarafından aile merkezli bakıma ilişkin politikaların oluşturulması ve hastaneye yatışta aile merkezli bakım felsefesinin ailelerle paylaşılması (EK5),
7. Hemşirelerin annelere çocuğun bakımında üstlendikleri özel beceri gerektiren eylemler konusunda (örn: ilaç uygulaması, soğuk uygulama, vücut ısısını ölçme) planlı bir eğitim yapmadıkları gözlenmiştir. Bu nedenle, annelere özel bakım becerileri konusunda planlı ve sürekli eğitim yapılması önerilmiştir.



KAYNAKLAR

1. Ahmann, E., Family centered care:Shifting orientation, **Pediatric Nursing**, 20(2), 113-117, 1994.
2. Darbyshire, P., Parents, nurses and paediatric nursing: A critical review, **Journal of Advanced Nursing**,18, 1670-1680, 1993.
3. Kristensson-Hallström, I., Elander, G., Parents' experience of hospitalization: Different strategies of feeling secure, **Pediatric Nursing**, 23(4), 361-367, 1997.
4. Kristensson-Hallström, I., Parental participation in pediatric surgical care, **AORN Journal**, 71(5), 1021-1029, 2000.
5. Çavuşoğlu,H., **Çocuk Sağlığı Hemşireliği**.Cilt 1, 5. Baskı, Bizim Büro Basımevi Tesisleri, Ankara, 2001.
6. Buttery, J., Eades, M., Family response to difficult hospitalization : The phenomenon of ' working through ', **Journal of Clinical Nursing**, 8(4), 459-465, 1997.
7. O'Conner, S., Preparing children for surgery – an integrative research review, **AORN Journal**, 71(2), 334-334, 2000.
8. Palmer, J.S., Care of sick children by parents:A meaningful role, **Journal of Advanced Nursing**, 18, 185-191, 1993.
9. .Schepp, K.G., Factors influencing the coping effort of mothers of hospitalized children, **Nursing Research**, 40(1), 42-46, 1991.
10. Melnyk, M.B., Coping with unplanned childhood hospitalization: Effects of informational interventions on mother of children, **Nursing Research**, 43(1), 50-55, 1994.
11. Çavuşoğlu,H., Pediatride aile merkezli bakım, **Hemşirelik Forumu**, 2, 1-6, 2001.

12. Budreu, G., Chase, L., A family-centered approach to the development of a pediatric family satisfaction questionnaire, **Pediatric Nursing**, 20(6), 604-608, 1994.
13. Callery, P., Caring for parents of hospitalized children: A hidden area of nursing work, **Journal of Advanced Nursing**, 26, 992-998, 1997.
14. Neill, J.S., Parent participation literature review and methodology, **British Journal of Nursing**, 5, 34-40, 1996.
15. Brewer, E., McPherson, M., Magrab, P., Family-centered, community-based, coordinated care for children with special health care needs. **Pediatrics**, 83, 1055-1060, 1989.
16. Bond, N., Philips, P., Rollins, J., Family centered care at home for families with children who are technology dependent, **Pediatric Nursing**, 20(2), 123-130, 1994.
17. Newton, S.M., Family centered care : Current realities in parent participation, **Pediatric Nursing**, 26(2), 164-168, 2000.
18. Heller, R., McKlindon, D., Families as faculty: Parents educating caregivers about family centered care, **Pediatric Nursing**, 22(5), 428-431, 1996.
19. Shelton, T., Stepanek, S., Excerps from family-centered care for children needing specialized health and developmental services, **Pediatric Nursing**, 21(4), 362-364, 1995.
20. Callery, P., Smith, L., A study of role negotiation between nurses and the parents of hospitalized children, **Journal of Advanced Nursing**, 16, 772-781, 1991.
21. Cooley, WC., McAllister, JW., Putting family centered care into practice- A response to the adaptive practice model, **Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics**, 20(2), 120-122, 1999.
22. Shelton, T., Family centered care in pediatric practice: When and how, **Developmental and Behavioral Pediatrics**, 20(2), 117-119, 1999.

23. Strachan, R., Emotional responses to paediatric hospitalisation, **Nursing Times**, 89(46), 45-49, 1993.
24. Angst, D, B., Deatrck, J, A., Involvement in health care decisions : Parents and children with chronic illness, **Journal of Family Nursing**, 2(2), 174-181, 1996.
25. Kirschbaum, M, S., Knafl, K, A., Major themes in parent-provider relationship: A comprasion of life threatening and chronic illness experiences, **Journal of Family Nursing**, 2(2), 195-204, 1996.
26. Balling, K., McCubbin, M., Hospitalized children with chronic illness:Parental caregiving needs and valuing parental expertise, **Journal of Pediatric Nursing**, 16(2), 110-118, 2001.
27. Kriz ve Krize Müdahale, Ankara Üniversitesi Yayınları, 1. Baskı, Ankara, 2000.
28. Logan, D.E., Simms, S., Relational approaches to crisis and conflicts in medical settings, **Family, System & Health**, Spring, 61-73, 2002.
29. Hudak, C. M., Gallo, M.B., Morton, G.P.(1998). **Critical Care Nursing**, Lippincott, 23-24.
30. Johnson,S.B.(1997).**Psychiatric-Mental Health Nursing**,Lippincott-Raven Publishers.Edition4, 936- 939.
31. Rennick , J., The changing profile of acute childhood illness:A need for the development of family nursing knowledge, **Journal of Advanced Nursing**, 22, 258-266, 1995.
32. Adams, J., Gill, S., McDonald, M., Reducing fear in hospital, **Nursing Times**, 87(1), 62-64, 1991.
33. Craft-Rosenberg, M., Denehy, J. (2000). **Nursing Interventions for Infants, Children, and Families**, W.B.SoundersCompany. Philadelphia, London, Toronto, 281,282

34. Melnyk, M.B., Feinstein, F.B., Mediating functions of maternal anxiety and participation in care on young children's posthospital adjustment, **Research in Nursing & Health**, 24, 18-26, 2001.
35. McQuaid, L., Huband, S., Parker, M, E., (1996). **Children's Nursing**, First edition, Churchill Livingstone, New York, 142,143.
36. Brennan, A., Caring for children during procedures: A review of the literature, **Pediatric Nursing**, 20(5), 451-458, 1994.
37. Carson, D., Council, J., Gravley., J., Temperament and family characteristics as predictors of children's reactions to hospitalization, **Developmental and Behavioral Pediatrics**, 12(3), 141-147, 1991.
38. Alexander, D., Powell, G., Williams, P., White, M., Conlon, M., Anxiety levels of rooming-in and non-rooming-in parents of young hospitalized children, **Maternal Child Nursing Journal**,17, 79-99, 1988.
39. Ahmann, E., Johnson,B., New guidance promote family centered change in helth care institutions, **Pediatric Nursing**,27(2), 173-175. 2001.
40. Galvin, E., Boyers, L., Challenging the precepts of family-centered care:Testing a philosophy, **Pediatric Nursing**, 26(6), 625-632, 2000.
41. Worthington, R ., Effective transitions for families: Life beyond the hospital, **Pediatric Nursing**, 21(1), 86-87, 1995.
42. Callery, P., Paying to participate: Financial, social and personal costs to parents of involvement in their children' s care in hospital, **Journal of Advanced Nursing**, 25, 746-752, 1997.
43. Coyne, I., Parental participation in care: A critical review of the literature, **Journal of Advanced Nursing** , 21, 716-722, 1995.
44. Lima,G., Rocha,M.M., Scochi,S.G., Callery.,P., Involvement and fragmentation: A study of parental care of hospitalized children in Brazil. **Pediatric Nursing**, 27(6), 559-564-580, 2001.

45. Schaffer, P., Vaughn, G., Kenner, C., Donohue, F., Longo, A., Revision of a parent satisfaction survey based on the parent perspective, **Journal of Pediatric Nursing**, 15(6), 373-379, 2000.
46. Meeropol, E., Parental needs assessment: A design for clinical nurse specialist practice, **Pediatric Nursing**, 17(5), 456-458, 1991.
47. Hallström, I., Runesson, I., Elander, G., Observed parental needs during their child's hospitalization, **Journal of Pediatric Nursing**, 17(2), 212-218, 2002.
48. Kasper, W., Nyamathi, M., Parents of children in the pediatric intensive care unit: What their needs ? , **Heart and Lung**, 574-579, 17(5), 1998.
49. Ward, K., Perceived needs of parents of critically ill infants in a neonatal intensive care unit, **Pediatric Nursing**, 281-285, 27(3), 2001.
50. Kristjansdottir, G., A study of the needs of parents of hospitalized 2 to 6 year-old children, **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**, 14, 49-64, 1991.
51. Wilson, G., Communication, collaboration, caring: the three C's of family centered care, **The Exceptional Parent**, 28(10), 61-62, 1997.
52. Contro, N., Soukiers, B., Family perspectives on the quality of pediatric palliative care, **Archives Pediatric and Adolescent Medicine**, 14, 14-18, 2002.
53. Cimete, G., Çocuk ünitesinde refakatçi annelerin duyguları, deneyimleri, ve beklentileri: Anne günlükleri kullanılarak gerçekleştirilen kalitatif bir çalışma, **Hemşirelik Forumu**, 1, 6, 288-295, 1998.
54. Bauchner, H., Winci, R., Waring, C., Pediatric procedures : Do parents want to stay ? , **Pediatrics**, 84, 907-909, 1989.
55. Bauchner, H., Parental presence during procedures in an emergency room: Results from 50 observations, **Pediatrics**, 87(4), 544-548, 1991.
56. Fogarty, J., John, P, Families at the bedside: An ethnographic study of vigilance, **Journal of Family Practice**, 48 6 433-430. June 1999

57. Shields-Alsop, L., Mohay, H., John Bowlby and James Robertson :Theories, scientist and crusaders for improvements in the care of children in hospital, **Journal of Advanced Nursing**, 35(1), 50-58, 2001.
58. Biehler, B., İmpact of role-sets on implementing self-care theory with children, **Pediatric Nursing**, 18(1), 30-34, 1992.
59. Douglas, J.M., Early hospital admissions and later disturbances of behaviour and learning, **Developmental Medical Child Neurology**, 17, 456-480, 1975.
60. Cleary, J., Gray,O., Hall,P., Parental involvement in the lives of children in hospital, **Archives of Disease in Childhood**, 18, 779-787, 1986.
61. Rushton, C., Strategies for family-centered care in the critical care setting, **Pediatric Nursing**, 16(2), 195-199, 1990.
62. Berman, H., Nurses beliefs about family involvement in a children's hospital, **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**, 14(4), 141-153, 1991.
63. .Strachan, G.R., Emotional responses to paediatric hospitalization, **Nursing Times**, 89(17), 45-49, 1993.
64. Dunts, C., Trivette, C., Empowerment, effective helpgiving practices and family-centered care, **Pediatric Nursing**, 22(4), 334-337, 1996.
65. Leyden, G., Consumer bill of rights :Family-centereed care, , **Pediatric Nursing**, 24(1), 1998.
66. Demirhan, E, A., Oğuz, Y., Elçioğlu, Ö., Doğan, H., **Klinik Etik**, 1.Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri., İstanbul, 2001.
67. Alderson, P., European Charter of Children's Rights, **Bulletin of Medical Ethics**, 13-15, October, 1993.
68. Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği Available: <http://www.yargıtay.gov.tr> Accessed:27.05.2002.
69. Devlet Memurları Kanunu ve Diğer Personel Kanunları, Seçkin Yayınevi, ss:101, Ankara, 2001.

70. Robinson, Geoffroy **The Hospital Care Of Children A Review Cotemporaray Issues** Oxford Universty Press, 68-74, 1980
71. Evans, M., An investigation into the feasibility of parental participation in the nursing care of their children, **Journal of Advanced Nursing**, 20, 477-482, 1994.
72. Glasper, E., Stone, K., Can leaflets assist parents in preparing children for hospital ?, **British Journal of Nursing** , 6(18), 1054-1058, 1997.
73. Er, M, D., Hastanede Yatan Çocuklar ve Kaygı Düzeyini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, **Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1998.
74. Ramritu, L., Croft, G., Needs of parents of child hospitalised with Acquired Brain Damage, **İnternational Journal of Nursing Studies**, 36, 209-216, 1999.
75. Gill, K., Parent participation with a family health focus: Nurses' attitudes, **Pediatric Nursing**, 13(2), 94-96, 1987.
76. Broom, M., Helping parents support their child in pain, **Pediatric Nursing**, 26(3), 315-317, 2000.
77. Aktaş, S., Hasta Çocuk ve Ailesinin Sağlık Personeli ile İletişiminin Boyutları, **Yayınlanmamış Doktora Tezi**, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, İstanbul, 1992.
78. Melnyk, M, B., Albert-Gillis, J, K.,The cope program: A strategy to improve outcomes of critically ill young children and their parents, **Pediatric Nursing**, 26, 6, 521-527, 1998
79. Kristensson-Hallström, I., Elander, G., Parental participation in the care of hospitalized children, **Scandinavian Journal of Caring Science**, 3, 149-154, 1994.
80. Robbins, M., Sharing the care, **Nursing Times**, 87(8), 36-39, 1991.

81. Depompei, P., Whitford, K., One institution's effort to implement family-centered care, **Pediatric Nursing**, 20(2), 119-121, 1994.
82. Brown, J., Ritchie, A., Nurses perceptions of parent and nurse roles in caring for hospitalized children, **Children Health Care**, 19(1), 28-35, 1990.
83. Brown, J., Ritchie, A., Nurses perceptions of their relationship with parents, **Maternal-Child Nursing Journal**, 18(2), 79-95, 1989.
84. Johnson, A., Lindschau, A., Staff attitudes toward parent participation in the care of children who are hospitalized, **Pediatric Nursing**, 22(2), 99-102, 1996.
85. Institute for family-centered care, Briefing Paper, Available: <http://www.familyreunion.org> Accessed: 03.08.2001.
86. Marino, B., Marino, E., Parents' report of children's hospital care: What it means for your practice, **Pediatric Nursing**, 26(2), 195-198, 2000.
87. The Nurse Parent Support Tool Manual, Available: <http://www.unc.edu/deps/crci> Accessed: 01.08.2001.
88. Fagerskiöld, A., Expectations of the child health nurse in Sweden :two perspectives, **International Council of Nurses**, 50, 119-128, 2003.
89. Griffin, T., Facing challenges to family centered care II: Ang in the clinical setting, **Pediatric Nursing**, 29(3), 212-216, 2003.
90. Resmi Gazete, "Hasta Hakları Yönetmeliği" Sayı:23420, 1Ağustos 1998.
91. Lundblad, B., Byrne, M.W., Hellström, A.L., Continuing nursing care needs of children at time of discharge from one regional medical centering Sweden, **Journal of Pediatric Nursing**, 16 (1), 73-78, 2001.
92. Bayat, M., Yaramış, N., Gül, E., Hastanede Çocuklarıyla Kalan Annelerin Gereksinimlerinin Belirlenmesi, **46.Milli Pediatri Kongresi**, Mersin, 2002.
93. Elibol, N., Hasta Refakatçilerinin Hastanede Yaptıkları Uygulamalar ve Hastane Ortamından Etkilenme Durumları, **Yüksek Lisans Tezi**, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Sivas, 1996.

94. Keane, S., Garraldo, M., Keen, J., Resident parents during paediatric admission, **International Journal of Nursing Studies**, 23(3), 247-253, 1986.
95. Özkaya, G., Bilinçsiz Hasta Yakınlarının Bakım İle İlgili Konularda Hemşirelerden Beklentilerinin ve Hemşirelerin Bu Konudaki Düşüncelerinin Belirlenmesi, **Yüksek Lisans Tezi**, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Sivas, 1991.
96. Kain, Z., Wang, S., Parental desire for perioperative information and informed consent: A two-phase study, **Anesthesia Analg**, 84, 299-306, 1997.
97. Çavuşoğlu, H., Pediatrik Yoğun Bakımda Etik, **Çocuk Forumu**, 4(2), 50-53, 2001.



EK 1 – ANKET FORMU

Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Sorular

1.Hastaya yakınlığınız:

a) Anne b) Baba

2.Yaşınız :

3.Eşinizin yaşı :

4.Eğitim durumunuz :

Okuryazar değil.....()

Okuryazar()

İlkokul mezunu()

Ortaokul mezunu.....()

Lise mezunu.....()

Üniversite mezunu.....()

5.Eşinizin eğitim durumu :

Okuryazar değil.....()

Okuryazar()

İlkokul mezunu()

Ortaokul mezunu.....()

Lise mezunu.....()

Üniversite mezunu.....()

6.Çalışıyor musunuz ?

a) Evet b) Hayır

7.Eşiniz çalışıyor mu ?

a) Evet b) Hayır

8.Evinizde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz ?

a) Çekirdek aile b)Geniş aile c)Diğer.....

9. Sosyal güvence durumunuz :

Emekli Sandığı()

SSK()

Bağkur.....()

Özel Sigorta.....()

Yeşil Kart.....()

Sosyal güvence yok.....()

10. Çocuğunuzla birlikte hastanede kalmak size ek bir maddi yük getiriyor mu ?

a) Evet b) Hayır (11. soruya geçiniz)

11. Bu konuda destek alabileceğiniz kişi / kurum var mı ?

a) Evet b) Hayır

12. Çocuğunuzun yaşı :

13. Ailenizdeki çocuk sayısı :

1 () 15. soruya geçiniz

2 ()

3 ()

4 ve üzeri ()

14. Evdeki çocuk / çocuklara bakacak kimse var mı ?

a) Var b)Yok

15. Ailenin oturduğu yer ?

a) Ankara içi (18.soruya geçiniz) b) Ankara dışı

16. Ankara' da kalabileceğiniz yer var mı ?

a) Var b)Yok (18. soruya geçiniz)

17. Nerede kalıyorsunuz ?

Misafirhane ()

Otel..... ()

Akraba..... ()

Araba..... ()

18. Çocuğunuzla birlikte herhangi bir nedenle daha önce hastaneye yattınız mı ?

a) Evet b)Hayır

19. Daha önceki hastaneye yatış deneyimlerinizde çocuğunuzla beraber hastanede kalabildiniz mi ?

a) Evet b) Hayır

20. Çocuğunuz ne kadar zamandır bu hastalıkla izleniyor ?

21. Ne kadar zamandır hastanede yatıyorsunuz ?

EK-2 ANNE GÖRÜŞME FORMU

1.AİLE İLE İŞBİRLİĞİNE İLİŞKİN SORULAR

1- Taburcu olmadan önce evdeki bakıma hazırlandığınızı düşünüyor musunuz ?
(Çocuğunuzun evdeki bakımına ilişkin bilgi ve beceri kazandırılması evde kullanacağı ilaçlar)

a) Evet

b) Hayır

2- (1.soruya hayır diyenlere sorulacak) Nedenini açıklar mısınız ?

3-Evde çocuğunuzun bakımı sırasında yardıma gereksiniminiz olunca hastaneden kime ulaşabileceğinizi biliyor musunuz ?

a) Evet

b) Hayır

4-Çocuğunuzun bakım ve tedavisine ilişkin kararlara katıldığınızı düşünüyor musunuz?

a)Evet

b)Hayır

5-(4. soruya hayır diyenlere sorulacak) Nedenini açıklar mısınız ?

6-Hemşireler çocuğunuzun bakımına katılmanız için sizi destekliyor / cesaretlendiriyor mu ?

a)Evet

b) Hayır

7- Hemşireler, çocuğunuzun bakımındaki hangi işlemleri yapmanıza izin veriyorlar ?

8-Hemşireler size çocuğunuzun bakımına ilişkin bilgi veriyorlar mu ?

a)Evet

b)Hayır

9- (8. soruya evet diyenlere sorulacak) Bu bilgiler sizin için yeterince anlaşılır mı ?

a) Evet

b) Hayır

10-Hemşirelerin visitlerine katılmanıza izin veriliyor mu ?

a) Evet

b) Hayır

11-Çocuğunuzu hastaneye yatırdığınızda hemşireler size servisi tanıttılar mı ?
(ör =servis düzeni, serviste uyulması gereken kurallar)

a) Evet

b)Hayır

12-Çocuğunuzun bakımına ilişkin tıbbi öneriler konusunda hemşirelere soru sorabiliyor musunuz ?

a)Evet

b)Hayır

13- (12. soruya hayır diyenlere sorulacak) Nedenini açıkla mısınız ?

14-Çocuğunuzun bakımına ilişkin tıbbi öneriler konusunda doktorlara soru sorabiliyor musunuz ?

a) Evet

b)Hayır

15-(14. soruya hayır diyenlere sorulacak) Nedenini açıkla mısınız ?

16-Çocuğunuza yapılacak tıbbi girişimler için sizden yazılı izin alındı mı ?

a) Evet

b)Hayır

17- Çocuğunuz hastaneye yattıktan hemen sonra çocuğunuzla birlikte olmak istediğinizde buna izin verildi mi?

a) Evet

b)Hayır

2. AİLEYE SAĞLANAN DESTEK İLE İLGİLİ SORULAR

1- Hemşireler çocuğunuzun özel alışkanlıklarının/ gereksinimlerinin farkındalar mı ? (örn: çocuğunuzun oyuncakıyla yatmak istemesi gibi)

a) Evet

b)Hayır

2-Çocuğunuza bakım veren hemşireler size çocuğunuza ilişkin daha önceki uygulamalarınıza yönelik soru soruyorlar mı?

a) Evet

b)Hayır

3-Hemşireler ile çocuğunuza ilişkin endişelerinizi paylaşabiliyor musunuz ?

a) Evet

b) Hayır

4-(3. soruya hayır diyenlere sorulacak) Nedenini açıkla mısınız ?

5- Hastanede kaldığınız süre içinde çocuğunuza genellikle aynı hemşireler mi bakım veriyor?

a) Evet

b) Hayır

6- Hemşireler bir olumsuzluk sırasında size destek olabilecek yakınlarınızın kimler olduğunu ve onlara nasıl ulaşabileceklerini biliyorlar mı ?

a) Evet

b) Hayır

7- Tıbbi işlemler sırasında çocuğunuzun yanında kalmak ister misiniz ?

a) Evet

b) Hayır

8- Çocuğunuza tıbbi işlem yapılırken onun yanında kalmanıza izin veriliyor mu?

a)Evet

b) Hayır

9- (8. soruya hayır diyenlere sorulacak) Nedenini açıkla mısınız ?

10- Kendinize ait özel eşyalarınızı koyabileceğiniz yeriniz var mı ?

a) Evet

b) Hayır

11. Hastanede kaldığınız sürede kendi gereksinimlerinizi karşılayabilecek zamanınız oluyor mu ?

a) Evet (13.soruya geçiniz)

b) Hayır

12. Nedenini açıkla mısınız?

13.Aşağıdaki olanaklardan hangisi / hangilerini hastanede kaldığınız sürece karşılayabiliyorsunuz?

Dinlenme..... ()

Uyku ()

Yemek ihtiyacı..... ()

Banyo..... ()

T. C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANELERİ
.....

İ :
a No. : Sayı : 133
İ :
.....

Ankara
29/01/2002

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Cebeci Hastanesi Başhekimliğine

İlgi: 09.01.2002 tarih ve 6/97 sayılı yazınız.

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek
Lisans öğrencisi Handan Oktay'ın tez uygulamasını 14 Ocak - 15 Mayıs 2002 tarihleri
arasında Anabilim Dalımızda yapması uygun görülmüştür.

Bilgi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

Çocuk Sağ. ve Hast. Anabilim Dalı
Başkanı



Prof. Dr. Şükrü CİN

EK 4**EK. Çizelge1. Annelerle Sağlık Personeli Arasındaki İşbirliğine İlişkin Bulgular**

	sayı	%
Annelerin Hemşireler Tarafından Bilgilendirilmeleri (n=81)		
Evet	41	50,6
Hayır	40	49,4
Annelerin Hemşireler Tarafından Verilen Bilgileri Anlama Durumları (n=41)		
Evet	24	58,5
Hayır	17	41,5
Annelerin Kendilerini Evdeki Bakıma Hazır Hissetme Durumları (n=81)		
Evet	59	72,8
Hayır	22	27,2
Annelerin Çocuğun Evdeki Bakımı Sırasında Gerektiğinde Ulaşacakları Kişileri Bilme Durumları (n=81)		
Evet	37	45,7
Hayır	44	54,3
Annelerin Bakıma Katılmaları İçin Hemşireler Tarafından Desteklenmeleri (n=81)		
Evet	76	93,8
Hayır	5	6,2

EK. Çizelge2. Annelere Sağlık Personeli Tarafından Sağlanan Desteğe İlişkin Bulgular

	sayı	%
Annelerin Tıbbi İşlemler Sırasında Çocuklarının Yanında Kalmayı İsteme Durumları (n=81)		
Evet	73	90,1
Hayır	8	9,1
Annelere Tıbbi İşlemler Sırasında Çocuklarının Yanında Kalmaları İçin İzin Verilme Durumu (n=81)		
Evet	65	80,2
Hayır	16	19,8
Annelere Hemşireler Tarafından Çocukların Evdeki Özel Alışkanlıklarının Sorulma Durumu (n=81)		
Evet	29	35,8
Hayır	52	64,2
Annelere Hemşireler Tarafından Çocuğun Bakımında Yaptıkları Uygulamaların Sorulma Durumu (n=81)		
Evet	17	21,0
Hayır	64	79,0
Hemşirelerin Annelere Çocuğun Bakımında Destek Olabilecek Kişileri Bilme Durumları (n=81)		
Evet	18	22,2
Hayır	63	77,8

EK. Çizelge 3. Anne Yaşına Göre Çocukları Hakkındaki Kararlara Katılma Durumlarının Dağılımı

Annelerin Yaşı	Annelerin Çocukları Hakkındaki Kararlara Katılma Durumları				TOPLAM	
	Katılanlar		Katılmayanlar			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
21-30 yaş	14	35.0	20	48.8	34	42.0
31-39 yaş	18	45.0	10	24.4	28	34.6
40 yaş ve üstü	8	20.0	11	26.8	19	23.5
TOPLAM	40	100.0	41	100.0	81	100.0

$$X^2=3.806 \quad p=0.149$$

EK. Çizelge 4. Anne Yaşına Göre Çocuklarının Bakımı ve Tedavisi Konusunda Hemşirelere Soru Sorma Durumlarının Dağılımı

Annenin Yaşı	Hemşirelere Soru Sorma Durumları				TOPLAM	
	Evet		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
21-30 yaş	29	44.6	5	31.3	34	42.0
31-39 yaş	21	32.3	7	43.7	28	34.6
40 yaş ve üstü	15	23.1	4	25.0	19	23.4
TOPLAM	65	100.0	16	100.0	81	100.0

$$X^2=1.053 \quad p=0.591$$

EK. Çizelge 5. Anne Yaşına Göre Hemşirelerle Çocuklarına İlişkin Endişelerini Paylaşabilme Durumlarının Dağılımı

Annenin Yaşı	Endişelerini Paylaşma Durumları				TOPLAM	
	Paylaşabilenler		Paylaşamayanlar			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
21-30 yaş	11	31.4	23	50.0	34	42.0
31-39 yaş	12	34.3	16	34.8	28	34.6
40 yaş ve üstü	12	34.3	7	15.2	19	23.5
TOPLAM	35	100,0	46	100,0	81	100.0

$$X^2 = 4.716 \quad p = 0.095$$

EK. Çizelge 6. Annelerin Çocuk Sayısına Göre Çocukları Hakkındaki Endişelerini Paylaşabilme Durumlarının Dağılımı

Çocuk Sayısı	Endişelerini Paylaşma Durumları				TOPLAM	
	Paylaşanlar		Paylaşmayanlar			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1-2	24	68.6	24	52.2	48	59.3
3 ve üzeri	11	31.4	22	47.8	33	40.7
TOPLAM	35	100,0	46	100.0	81	100.0

$$p = 0.137$$

EK. Çizelge 7. Annelerin Çocuk Sayısına Göre Çocukları Hakkındaki Kararlara Katılma Durumlarının Dağılımı

Çocuk Sayısı	Kararlara Katılma				TOPLAM	
	Evet		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1-2	27	67.5	21	51.2	48	59.3
3 ve üzeri	13	32.5	20	48.8	33	40.7
TOPLAM	40	100.0	41	100.0	81	100.0

$X^2=2.223$ $p=0.136$

EK. Çizelge 8. Annelerin Tanı Konduktan Sonra Geçen Süreye Göre Çocukları Hakkındaki Kararlara Katılma Durumlarının Dağılımı

Tanı Konduktan Sonra Geçen Süre	Kararlara Katılma				TOPLAM	
	Evet		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-29 gün	11	27.5	10	24.4	21	25.9
30-89 gün	4	10.0	12	29.3	16	19.8
90 gün ve üzeri	25	62.5	19	46.3	44	54.3
TOPLAM	40	100.0	41	100.0	81	100.0

$X^2=4,854$ $p=0.088$

EK. Çizelge 9. Annelerin Tanı Konduktan Sonra Geçen Süreye Göre Çocuğun Bakımı ve Tedavisi Konusunda Soru Sorabilme Durumlarının Dağılımı

Tanı Konduktan Sonra Geçen Süre	Soru Sorabilme				TOPLAM	
	Evet		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-29 gün	19	29.2	2	12.5	21	25.9
30-89 gün	11	16.9	5	31.3	16	19.8
90 gün ve üzeri	35	53.8	9	56.3	44	54.3
TOPLAM	65	100.0	16	100.0	81	100.0

$$X^2 = 2.734 \quad p = 0.255$$

EK. Çizelge 10. Aile Tipine Göre Annelerin Çocukları Hakkındaki Endişelerini Hemşirelerle Paylaşabilme Durumlarının Dağılımı

Aile Tipi	Endişeleri Paylaşabilme				TOPLAM	
	Evet		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çekirdek Aile	26	74.3	39	84.8	65	80.2
Geniş Aile	5	14.3	7	15.2	12	14.8
Parçalanmış Aile	4	11.4	-	-	4	4.9
TOPLAM	35	100.0	46	100.0	81	100.0

$$X^2 = 5.542 \quad p = 0.063$$

EK. Çizelge 11 . Aile Tipine Göre Annelerin Çocukları Hakkındaki Kararlara Katılma Durumlarının Dağılımı

Aile Tipi	Kararlara Katılma				TOPLAM	
	Evet		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çekirdek Aile	35	87.5	30	73.2	65	80.2
Geniş Aile	5	12.5	7	17.1	12	14.8
Parçalanmış Aile	-	-	4	9.8	4	4.9
TOPLAM	40	100.0	41	100.0	81	100.0

$X^2=4.706$ $p=0.95$

EK Çizelge. 12. Aile Tipine Göre Annelerin Çocuklarının Bakımı ve Tedavisi Konusunda Soru Sorabilme Durumlarının Dağılımı

Aile Tipi	Soru Sorabilme				TOPLAM	
	Evet		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çekirdek Aile	52	80	13	81.3	65	80.2
Geniş Aile	10	15.4	2	12.5	12	14.8
Parçalanmış Aile	3	4.6	1	6.3	4	4.9
TOPLAM	65	100.0	16	100.0	81	100.0

$X^2= 1.444$ $p=0.93$

**EK .Çizelge 13. Çocuğun Hastanede Yatış Süresine Göre Annelerin Hemşirelere
Çocuğun Bakımı Ve Tedavisi Konusunda Soru Sorabilme
Durumlarının Dağılımı**

Yatış Süresi	Hemşirelere Soru Sorabilme Durumları				TOPLAM	
	Evet		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
	7-29 gün	58	79,5	15	20,5	73
30 gün ve üzeri	7	87,5	1	12,5	8	100,0
TOPLAM	65	80,2	16	19,8	81	100,0

p=1

AİLE MERKEZLİ BAKIM FELSEFESİ

1. Kurumun aile merkezli bakıma yönelik uygulamaları şunları içerir;

Aile Merkezli Bakım

- Ebeveynlerin çocuklarının bakımındaki rollerine önem verir.
- Ebeveynlerin dini, sosyal, kültürel değerlerine ve gizliliklerine saygı duyar.
- Sağlık personeli çocuğa primer bakım veren kişiyle –acil yatışlarda dahil olmak üzere- iletişim kurar ve bu iletişimin sürekli olmasını sağlar.
- Ebeveynlere çocukları hastaneden taburcu olmadan önce evdeki bakıma yönelik gerekli hazırlıkların yapılmasını sağlar.
- Ebeveynler ve çocuğun sağlık bakım gereksinimlerini daha iyi belirlemek için (örn: evde çocuğun bakımında yaptıkları uygulamaları, çocuğun evdeki alışkanlıkları gibi) gerekli verilerin toplanmasının önemine inanır.
- Ebeveynleri maddi desteğe gereksinimleri olduğunda yardım alabilecekleri kurum/kuruluşlara yönlendirir.
- Ebeveynleri hastanede çocuklarının bakımına katılmaları için destekler.
- Ebeveynleri hastaneye yatıştan önce çocuklarına ve kendilerine ait getirebilecekleri özel eşyalar (örn: çocuğun battaniyesi, oyuncakları, pijaması) konusunda bilgilendirir.
- Ebeveynlerin kendileriyle benzer deneyimi yaşayan kişilerle deneyimlerini paylaşabilmeleri için gerekli ortamı sağlar.
- Ebeveynlerle çocuğa ilişkin bilgiler sürekli ve eksiksiz olarak paylaşır.

2. Kurum aile merkezli bakım uygulamasına yönelik politika ve prosedürler geliştirir.

3. Ebeveynlerin hastanede kendi gereksinimlerini karşılayabilecekleri

uygun fizik ortamı sağlar. Bu bağlamda her ünite,

- Ebeveynlerin rahatlayabilecekleri ve dinlenebilecekleri dinlenme odaları,
- Hastaların oyun oynayabileceği oyun odaları,
- Ebeveynlerin yemek yiyebilecekleri alanlar ve kullanabilecekleri mutfaklar,
- Ayrıca her odada yatabilecekleri yatak ve özel eşyalarını koyabilecekleri dolap ve banyo bulunur.

4. Hastaneye yatış sırasında ebeveynlerin ve çocukların hastanedeki hakları konusunda yazılı (örn: broşür) ve sözlü olarak bilgilendirilmesini sağlar.

Ebeveynlerin Hakları:

- Ebeveynlerin tıbbi tedavi sırasında çocuklarının yanında kalma haklarına saygı duyar ve onlara bu olanağı sağlar.
- Ebeveynlerin çocuklarının bakımına katılma haklarına saygı duyar ve onları bu konuda destekler.
- Ebeveynlerin bakım hakkındaki şikayetlerini hastane yönetimi ile paylaşmalarına olanak sağlar.
- Ebeveynlerin çocukları hakkında verilecek kararlara katılmalarına saygı duyar ve kararlara katılabilmeleri için tedavinin riskleri ve yararlarını onlarla paylaşır.

Çocukların Hakları:

- Çocukların istedikleri zaman aileleri veya arkadaşları ile görüşme haklarına saygı duyar ve onlara bu olanağı sağlar.
- Çocukların muayene ve tedavi sırasında gizliliklerine saygı gösterilmesini sağlar.
- Çocukların hastanede yattıkları sürede dinlenme, uyuma, oyun oynama haklarına önem verir ve onların bu gereksinimlerini karşılayabilmeleri için gerekli düzenlemeleri yapar.
- Çocukların kendileri hakkında verilecek kararlara katılma haklarına saygı duyar ve onların bütün sorularını dürüstçe ve anlaşılır bir dille yanıtlar.

- Çocukların bakıma ve tedaviye yönelik tercihlerine değer verir ve bunları uygulamada dikkate alır.
 - Çocukların evdeki bakımda yapmaları gereken uygulamaları öğrenmelerine önem verir ve onlara bu olanağı sağlar.
 - Çocukların ağrıları olduğunda giderilmesini isteme ve kendilerini rahat ve güvende hissetme haklarına saygı duyar ve ağrıların giderilmesi ve kendilerini rahat ve güvende hissetmeleri için gereken uygulamaları yapar.
 - Çocuklara arkadaşça yaklaşılmasını ve saygıyla davranılmasını sağlar.
5. Aile merkezli bakıma kurumun oryantasyon programında yer verir ve sağlık personeli bu konuda denetler ve gerekli desteği sağlar.

Kaynaklar:

1. Children's Hospital & Regional Medical Center Seattle, Washington, Available: http://www.eattlechildrens.org/home/patients_families/rights_responsibilities.asp, Accessed: 24.12.2003.
2. Hospital Forum: Vanderbilt Hospital "Family-Centered Care in a Pediatric Hospital" Available: http://www.familycenteredcare.org/hospital_forum/vanderbilt.html, Accessed: 24.12.2003.
3. Hospital Forum: Blank Children's Hospital "Hospital's Commitment to familycenteredcare" Available: http://www.familycenteredcare.org/hospital_forum/blank-children.html, Accessed: 24.12.2003.
4. Pediatrics Unit: Preparing for Your Hospital Stay, Available: http://www.cpmc.org/advanced/pediatrics/patients/peds_unit.html, Accessed: 17.12.2003.