



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ÇOCUK KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN AİLE
MERKEZLİ BAKIMA İLİŞKİN TUTUMLARININ İŞ
DOYUMUNA ETKİSİ**

BERİVAN DOĞAN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ÖZLEM AVCI

İSTANBUL – 2021

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Berivan DOĞAN
Tez Başlığı : Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Aile Merkezli Bakıma
İlişkin Tutumlarının İş Doyumuna Etkisi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 06.08.2021

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

Danışman

Kurumu

İmza

Dr.Öğr.Üyesi Özlem AVCI

İstanbul Medipol Üniversitesi

Sınav Jüri Üyeleri

Prof.Dr. Sema KUĞUOĞLU

İstanbul Medipol Üniversitesi

Dr.Öğr.Üyesi Eda AKTAŞ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

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

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI

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

BERİVAN DOĞAN

TEŞEKKÜR

Çalışmamın konu, kapsam, amaç ve uygulama aşamasında yardımlarını esirgemeyen, değerli hocam ve danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özlem Avcı'ya, çalışmamın verilerini SPSS programına girme aşamasından itibaren istatistiksel anlamda profesyonelliği ile araştırmama yön veren Sayın Senem Demircan'a, çalışmamı gerçekleştirdiğim ve verilerimi topladığım Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi tüm yöneticilerine ve araştırmama destek veren çalışanlarına, tezimi düzenlerken bana yardımcı çok dokunan arkadaşım Hasan Hüseyin Yıldız'a teşekkür ederim.

BERİVAN DOĞAN

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU	i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALARVE SİMGELER LİSTESİ.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	4
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Pediatri Hemşireliği	6
4.2. Pediatri Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları	6
4.3. Aile Merkezli Bakım Tanımı ve Amacı.....	7
4.4. Aile ve Çocuk	7
4.5. Aile Merkezli Bakımın Temel Kavramları	8
4.6. Aile Merkezli Bakımın Tarihsel Gelişimi.....	8
4.7. Aile Merkezli Bakım İlkeleri	10
4.8. Aile Merkezli Bakım Sürecinde Hemşirelik.....	10
4.9. Aile Merkezli Bakımın Yararları	12
4.9.1. Çocuk ve aile için yararları	12
4.9.2. Hemşire için yararları.....	12
4.9.3. Kuruma yararları	13
4.10. Aile Merkezli Bakım Uygulamasında Karşılaşılan Güçlükler	13
4.11. İş doyumu.....	14
4.11.1. İş doyumunun tanımı ve önemi.....	14
4.11.2. İş doyumunu etkileyen faktörler	15
4.11.2.1. İş doyumunu etkileyen bireysel faktörler	15
4.11.2.2. İş doyumunu etkileyen örgütsel faktörler.....	17
4.11.3. Hemşirelikte İş Doyumu ve Önemi	18
5. MATERYAL METOD	21

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	21
5.2. Araştırma Soruları.....	21
5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	21
5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	22
5.4.1. Çalışmaya dahil olma kriterleri.....	22
5.4.2. Araştırmanın değişkenleri.....	22
5.5. Veri Toplama Tekniği.....	22
5.6. Veri Toplama Araçları	22
5.6.1. Bireysel Tanıtıcı Anket formu	22
5.6.2. Minnesota İş Doyum Ölçeği	23
5.6.3. Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği	23
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi	24
5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	25
5.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	25
6. BULGULAR	26
7. TARTIŞMA	48
7.1. İş Doyumu Bulgularının Karşılaştırılması	48
7.2. Aile Merkezli Bakım Tutum Bulgularının Tartışılması.....	52
7.3. Aile Merkezli Bakım İle İş Doyumu İlişkisinin İncelenmesi	58
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
9. KAYNAKLAR.....	63
10. EKLER.....	69
10.1. Aydınlatılmış Onam Formu.....	69
10.2. EK-1	70
10.3. EK-2	72
10.4. EK-3	75
10.5. EK-4.....	76
11. ETİK KURUL ONAYI.....	77
12. ÖZGEÇMİŞ.....	81

KISALTMALARVE SİMGELER LİSTESİ

AMB	: Aile Merkezli Bakım
MİDÖ	: Minnesota İş Doyum Ölçeği
PICU	: Pediatrics Intensive Care Unit
NICU	: Neonatal Intensive Care Unit
AAP	: American Academy of Pediatrics
SPSS	: Statistical Packagefor Social Sciences
IBM	: International Business Machines

TABLolar LİSTESİ

Tablo 5.3.1. Araştırma Zaman Dağılımı	21
Tablo 6.1. Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (N=150)	26
Tablo 6.2. Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Aile Merkezli Bakıma İlişkin Eğitim Alma Durumları ve Görüşleri (N=150)	28
Tablo 6.3. Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Aile Merkezli Bakımın Yararlarına İlişkin Görüşleri (N=150).....	30
Tablo 6.4. Aile Merkezli Bakım Tutum ve Minnesota iş doyumu puan ortalamaları	32
Tablo 6.5. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Aile Merkezli Bakım Tutumları ile İş Doyumu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	33
Tablo 6.5. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Aile Merkezli Bakım Tutumları ile İş Doyumu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devamı).....	34
Tablo 6.5. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Aile Merkezli Bakım Tutumları ile İş Doyumu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devamı).....	35
Tablo 6.5. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Aile Merkezli Bakım Tutumları ile İş Doyumu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devamı).....	36
Tablo 6.5. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Aile Merkezli Bakım Tutumları ile İş Doyumu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devamı).....	37
Tablo 6.5. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Aile Merkezli Bakım Tutumları ile İş Doyumu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devamı).....	38
Tablo 6.5. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Aile Merkezli Bakım Tutumları ile İş Doyumu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devamı).....	39
Tablo 6.6. Hemşirelerin Aile Merkezli Bakıma İlişkin Eğitim ve Uygulama Durumları ile Aile Merkezli Bakım Tutumları ve İş Doyumu Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	41
Tablo 6.6. Hemşirelerin Aile Merkezli Bakıma İlişkin Eğitim ve Uygulama Durumları ile Aile Merkezli Bakım Tutumları ve İş Doyumu Puan Ortalamalarının Dağılımı (devamı).....	42
Tablo 6.7. Hemşirelerin Aile Merkezli Bakımın Yararlarına İlişkin Görüşleri ile Aile Merkezli Bakım tutumları ve İş Doyumu puan Ortalamalarının Dağılımları.....	44

Tablo 6.7. Hemşirelerin Aile Merkezli Bakımın Yararlarına İlişkin Görüşleri ile Aile Merkezli Bakım tutumları ve İş Doyumu puan Ortalamalarının Dağılımları (devamı).....	45
--	----

Tablo 6.8. Aile Merkezli Bakıma İlişkin Tutumları ile İş Doyumları Arasındaki İlişki.....	47
--	----



1. ÖZET

ÇOCUK KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN AİLE MERKEZLİ BAKIMA İLİŞKİN TUTUMLARININ İŞ DOYUMUNA ETKİSİ

Bu araştırma çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin tutumlarının iş doyumuna etkisinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Diyarbakır'da bir çocuk hastanesinin çocuk kliniklerinde çalışan ve araştırmayı kabul eden 150 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından oluşturulan Sosyo-demografik Veri Formu, Minnesota İş Doyum Ölçeği ve Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler sayısal değer, yüzdelik oran, ortalama değer, korelasyon analizi, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan çocuk kliniklerinde çalışan hemşireler için Aile Merkezli Bakım Genel Tutum puanları ortalama 4.33 ± 0.57 , Aile Merkezli Bakımın Katkısı puanları ortalama 4.30 ± 0.56 , Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı puanları ortalama 4.36 ± 0.61 , Genel Doyum puanları ortalama 2.74 ± 0.77 , İçsel Doyum puanları ortalama 3.01 ± 0.86 ve Dışsal Doyum puanları ortalama 2.34 ± 0.78 'dir. Çalışmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun aile merkezli bakım konusunda eğitim almadığı saptandı. Çalıştıkları alanda aile merkezli bakım uygulayamayacaklarını ve uygulamaya engeller olduğunu düşündükleri belirlendi. Hemşirelerin büyük çoğunluğu çocuğun bakımına ebeveyn katılımını desteklediği, aile merkezli bakımın çocuk, ebeveyn ve hemşire için yararlı olduğu görüşünde oldukları belirlendi. Lisansüstü eğitim alan katılımcıların Aile Merkezli Bakım Genel Tutum, Aile Merkezli Bakımın Katkısı, Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi. Katılımcıların yaklaşık yarısı çalıştıkları alanda aile merkezli bakım uygulamada engellerin olmadığını düşünmekte ve iş doyumlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Aile Merkezli Bakım Genel Tutum ile İçsel Doyum arasında anlamlı, pozitif yönlü ve çok zayıf bir ilişki olduğu sonucuna varıldı. Benzer şekilde; Aile Merkezli Bakımın Katkısı ile İçsel Doyum arasında da anlamlı, pozitif yönlü ve çok zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. Araştırma sonucunda hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin tutumlarının iş doyumlarına etkisini değerlendirmek için bu konu hakkında daha fazla çalışma yapılmasına ve düzenli olarak araştırılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Aile Merkezli Bakım, Çocuk Klinikleri, Hemşire, İş Doyumu

2. ABSTRACT

THE EFFECT OF THE ATTITUDES FAMILY CENTERED CARE ON JOB SATISFACTION IN NURSES WORKING IN PEDIATRIC CLINICS

This research was conducted as descriptive work to determine the influence of attitudes towards family-centred care expressed by nurses working in child clinics on their job satisfaction. The sample group of this study comprises 150 nurses working in child clinics of one child hospital in Diyarbakir, who agreed to participate in it. The study data was collected using Socio-Demographic Data Form, Minnesota Job Satisfaction Questionnaire, and Family-Centred Care Attitude Scale. The data collected in the study was evaluated using percentage values, mean values, correlation analysis, and Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests. The average score in General Attitude towards Family-Centred Care of nurses working in child clinics who participated in this study was 4.30 ± 0.56 , the average score in the Contribution of Family-Centred Care was 4.36 ± 0.61 , the average score in General Satisfaction was 2.74 ± 0.77 , the average score in Internal Satisfaction was 3.01 ± 0.86 , and the average score in External Satisfaction was 2.34 ± 0.78 . It was determined that most of the nurses participating in the study did not receive training regarding family-centred care. It was established that they think that they will not be able to utilise family-centred care in their workplace and there are obstacles to its introduction. Moreover, it was found out that most of the nurses support the participation of parents in childcare, and consider family-centred care as beneficial to the child, parents, and the nurse. It was determined that participants with higher education scored higher on average in the Family-Centered General Approach, the Benefits of Family-Centered Care, and the Participation of Family and Child in Care. Approximately half of all participants did not think that there are obstacles to the implementation of family-centred care in their workplace, and their job satisfaction was observed to be higher. A significant, positive, yet very weak interrelation was determined between the General Attitude towards Family-Centred Care and Internal Satisfaction. Similarly, an interrelation of the same character was determined between the Contribution of Family-Centered Care and Internal Satisfaction. As a result of this study, it was established that there is a need for further studies and regular research to evaluate the effects of attitudes towards family-centred care on the job satisfaction of nurses.

Keywords: Family- Centered Care, Job Satisfaction, Nurse, Pediatric Clinics



3. GİRİŞ VE AMAÇ

Hemşirelik mesleği; odağında ‘‘insan’’ kavramı, temel prensibinde ‘‘bakım’’ olan; sağlıklı/hasta bireyin gereksinimlerinin yerine getirilmesini ve en kısa zamanda bağımsızlıklarını kazanmalarını amaç edinmiş bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir (1,2).

Bir toplumun sağlık düzeyinin gelişmişliğini gösteren çok önemli bir ölçüt olan çocuk sağlığında hemşireliğin uzmanlık alanı ‘‘pediatri hemşireliği’’ etkin rol alır (3,4). Pediatri hemşireliği, yenidoğan döneminden ergenlik döneminin sonuna kadar bütün gelişim dönemlerini kapsayarak çocuk ve aileyi bakımın merkezine alır (4).

Çocuk, bir toplumun geleceği olarak görülüp özenle yetiştirilir (3). Fizyolojik ve bilişsel yönlerden tam gelişmediği için sağlığının devam ettirilmesinde ve davranışlarının geliştirilmesinde ailesinin önemli rolü vardır (5). Çocuğun hastaneye yatırılması, çocuk ve aile üyeleri için ciddi bir stres kaynağı olup aile üyelerinin bu stresi hastaneye yatan çocuğa olumsuz etkileri kanıtlanmıştır (6,7). Bu stres durumunu ve çocuk ve ailenin olumsuz duygularını minimuma indirmek için aile merkezli bakım modeli önerilmektedir (8).

Aile merkezli bakım; ailenin çocuğun yaşamındaki merkezi rolünü tanıyıp çocuk ve ailesini bir bütün olarak değerlendiren, aile ve sağlık profesyonelleri arasında iş birliğine dayalı ortak bir sağlık hizmeti sunmayı amaçlayan bir bakım modelidir (9,12). Temeli 19. yüzyıla dayanan aile merkezli bakım kavramı 20.yüzyıl ortalarına kadar ebeveyn olmaksızın çocuğa daha iyi bakım verildiği düşüncesi hakim iken, günümüzde pediatri hemşireliğinin temel bakım felsefesidir (10,13). Dünya’da; İngiltere, Kanada ve ABD gibi gelişmiş ülkelerde aile merkezli bakımın kurum politikası kabul edilip uygulandığı görülürken ülkemizde bu anlayışın tam olarak uygulandığı söylenemez (12).

Literatür incelendiğinde; hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin tutum ve görüşlerinde farklılıklar vardır (10). Gelişmiş ülkelerde hemşireler ebeveynlerin çocuklarının bakımına mutlaka katılması gerektiğini, ülkemizde ise hemşirelerin ebeveynlerin çocuğun sadece fiziksel bakımında yer alması gerektiğini düşünmektedir (14). Endonezya, Tayland, İngiltere ve Avustralya’da yapılmış çalışmada hemşirelerin çocuklarla ebeveynsiz çalışmaktan daha mutlu oldukları bulunmuştur (7). Öte yandan aile merkezli bakımın hemşireler ile aile ve çocuk arasındaki bağ ve iletişimi güçlendirdiğini, hemşirelerin zamanı daha verimli kullandıklarını ve iş yüklerinin

azaldığını ortaya koymuştur (13). Ülkemizde sınırlı sayıda yapılmış çalışmaya bakıldığında çocuk hemşirelerinin büyük bir çoğunluğu ebeveynlerin bakıma dahil edilmesinin hem çocuğun hem hemşirenin stresini artırdığı, verilen bakımın kalitesini olumsuz etkilediği düşüncesi ve ebeveynlerin bakım faaliyetlerini ve tedaviyi sorgulamaya başlayacakları için bu durumdan rahatsız olduklarını belirttikleri bulunmuştur (10,7).

Aile merkezli bakım, sağlık profesyonellerinde işte tükenmişlik düzeyini azaltarak daha fazla iş doyumunu sağlamıştır. Hasta veya ailenin iletişim kurma girişimlerini anlamasını sağlayarak ekip iş birliğini güçlendirmiştir (6,10). Ebeveynlerin bakıma katılımı olumlu sonuçlar doğurduğu kanıtlanmış olsa bile bu durum hemşirelerin profesyonel kimliklerini uygulamasında sorunlara neden olacağı gibi hemşirelerin performanslarını ve hasta bakım kalitesini artırıp iş doyum düzeylerini olumlu etkileyebilir (3).

İş doyumunu; bireylerin iş ortamına ve işe dair konulara karşı duyduğu olumlu tutumlarının tümüdür. Bireylerin mutlu, başarılı ve üretken olabilmelerinin önemli gereklerinden olduğundan sağlık çalışanları için büyük önem taşımaktadır (15).

Aile merkezli bakıma ilişkin çalışmalar sınırlı olmakla beraber iş doyumunu ile incelendiğinde yeterli ve benzer bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin tutumlarının iş doyumuna etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Pediatri Hemşireliği

Pediatri hemşireliği; Sağlık Bakanlığı'nın 19.04.2011 tarihli 27515 sayılı Hemşirelik Yönetmeliği'ne göre "Evrensel çocuk hakları ve profesyonel hemşirelik rolleri doğrultusunda 0-18 yaş arasındaki çocukların aile ve toplum içinde fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal yönden sağlıklı büyüme ve gelişmesi, hastalıklardan korunması ve sağlığının en üst düzeyine çıkarılması; hastalandığında hasta çocuğun tedavisi, bakımı ve rehabilitasyonundan sorumlu hemşire" olarak tanımlanmıştır (16).

Çocuk ve aileyle genellikle ilk temas eden çocuk hemşiresi hem çocuğun hem ailenin sağlığını en üst düzeyde geliştirir ve sürdürür. Pediatrik bakım felsefesiyle çocuk ve ailenin fiziksel, duygusal, bilişsel, sosyokültürel ve spiritüel gereksinimlerinin giderilmesi amaçlanmıştır. Yasalar, pediatri hemşireliğinin profesyonel yapısı, çocuk ve insan hakları açısından pediatri alanında aile merkezli bakım uygulamalarını desteklemektedir (1,17).

4.2. Pediatri Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Zamanla çocuk ve ailenin sağlığını etkileyen etmenler ile sağlık düzeylerinin tanımı değişmektedir. Tanım ve gereksinimlerdeki değişimlerle beraber hemşirelik sanatında da değişimler meydana gelmektedir. Pediatri hemşiresinin; sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirme, savunuculuk, eğitim ve danışmanlık gibi temel rol ve sorumlulukları kapsamında değişim ve gelişim görülmektedir. Geçmişte pediatri hemşireliğinin standartları tıbbi yaklaşım ile hasta odaklı iken bugün aile de içinde olmak üzere bütüncül bir yaklaşım benimsenmektedir. Günümüzde holistik yaklaşımın benimsenmesiyle çocuk ve ailenin sağlığını sürdürme ve yükseltmeye odaklıdır (1,18).

Pediatri hemşiresi, genel yetki ve sorumluluklarına ilaveten çocuk ve ailenin sosyokültürel ve tıbbi durumuna göre çocuğun bakım ihtiyaçlarını belirler ve bu gereksinimleri karşılamak için oluşturduğu bakım sürecinin tüm aşamalarına aileyi dahil eder ve bakımın sonucunu değerlendirir.

Çocuk ve ailesine rahat ve güvenli bir ortam, onların kliniğe/kuruma adapte olmalarını sağlar. Hastane sürecinden sonra bakımın evde devam etmesi için aileye gereken tüm bilgi, becerileri öğretir ve danışmanlık yapar. Kaygı, stres ve krize sebebiyet veren durumlarda çocuk ve ebeveynlerine destek olur. Çocuk istismarı gibi

şüpheli durumları tanır, gerekli yerlere bildirir ve çocuk hak ihlallerine karşı çocuk adına savunma yapar. Çocuk haklarıyla ilgili aileyi bilgilendirir, çocuk haklarının bulunulan sağlık sistemi kapsamında nerede ve nasıl kullanılacağı konusunda yönlendirir (1).

4.3. Aile Merkezli Bakım Tanımı ve Amacı

Aile ilişkilerinin devamlılığını sağlayan, ebeveyn rollerini güçlendiren, çocuk ve aileye saygıyı temel alan insancıl ve bütüncül bakım yaklaşımıdır (27). Çocuğun sağlığının aileyi, ailenin sağlığının da çocuğu etkilediğı felsefesini benimser (28). Aile merkezli bakım (AMB), aileyi çocuğun yaşamında merkez olarak kabul edip tüm bu süreçlerde ailenin sağlık çalışanı kadar söz sahibi olmasını benimser (29).

Aile merkezli bakımın amacı çocuk ve aile arasındaki bağları koparmamak, aralarındaki etkileşimi desteklemek, çocuğun bakımına ailenin katılımını sağlamak, yaşam kalitesini yükseltmek, kendini güvende hissetmesini sağlamak, hastaneye yatışının çocuk ve aile üzerindeki olumsuz etkilerini önlemek veya minimuma indirmektir (5,29).

4.4. Aile ve Çocuk

Aile, akrabalık bağları olan temelde aynı çatı altında yaşayıp aynı kültürü ve ekonomik koşulları paylaşan en küçük sosyal topluluktur ancak hasta tarafından veya reşit olmayanlar, karar verme yetkisi olmayanlar söz konusu olduğunda vekilleri tarafından tanımlanır. Hastayla ilgili veya ilgisiz olabilir. Destek veren ve hastayla önemli ilişkisi olan kişilerdir.

Çocuk, toplumun yapı taşıdır. Aile içinde yetişir, bilinçlenir, topluma hazırlanır. Toplum sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesinde çocukların sağlığını koruma ve geliştirme kilit noktadır. Çocuğun davranışlarının şekillenmesinde, bedensel, mental, fizyolojik ve psikolojik açıdan sağlıklı bir birey olarak yetişmesinde ailenin rolü çok büyüktür. İnsanın yaşamı boyunca aile ve aile üyeleri arasındaki ilişkiler farklı boyut ve yoğunlukta kesintiye uğramaksızın devam eder. Hastaneye yatan çocuklar için de aile ile iletişimin sürekliliğı önemlidir. Bunun sağlanması ailenin çocuğun bakımı konusunda yeterli kılınması ve güçlendirilmesine bağlıdır (19,24,25,26,51).

4.5. Aile Merkezli Bakımın Temel Kavramları

Hasta ve Aile Merkezli Bakım Enstitüsü'nün tanımına göre aile merkezli bakımın dört temel kavramı vardır.

Saygı ve onur: Çocuk ve ailesinin değerlerine, inançlarına, tercihlerine ve kültürel geçmişlerine saygı duyulmasıdır. Çocuk kliniklerinde sağlık profesyonelleri aileyi dinler ve bakıma entegre olmalarını sağlar.

Bilgi paylaşımı: Sağlık profesyonellerinin çocuğun bilişsel düzeyine uygun hasta ve ailesine süreçle ilgili bilgileri ve gelişmeleri doğru, eksiksiz ve tarafsız bir şekilde paylaşır. Bakım ve karar verme süreçlerinde anlaşılır bir dille iletişim kurulmasını içermektedir.

Katılım: Çocuğun ve ebeveynlerinin talep ve tercih ettikleri düzeyde bakıma ve karar alma aşamasına dahil edilmeleridir. Ebeveynler, karar almaları için cesaretlendirilirler.

İş birliği: Hasta, aile ve sağlık profesyonellerinin sağlık programlarını geliştirme, uygulama ve değerlendirme aşamalarında iş birliği içerisinde olmalarıdır (5,13,14).

4.6. Aile Merkezli Bakımın Tarihsel Gelişimi

Aile merkezli bakımın temeli 18. ve 19. yüzyıllara dayanmaktadır. Bu yüzyıllarda meydana gelen endüstrileşme, kapitalizm, küreselleşme ve nükleer gibi olaylar çocuk sağlığının bakımında gelişmeler sağlamıştır. Zamanla çocuk hastaneleri kurulmuştur. İlk çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği eğitimi de 1878 yılında Londra'da yapılmıştır (22).

Yirminci yüzyılın başlarında sağlık personelinin çocuk için temel karar verici, ebeveynsiz çocuğa daha iyi bakım verileceği düşüncesi hakimdi. Bu dönemde çocukların bakımı hastalık/tedavi odaklı ve çocuk hastaneye yatma sürecinde ailesinden ayrılmaktaydı. Sağlık profesyonelleri tarafından 1950'li yıllara kadar aile, hastanede yatan çocukların bakımında olumsuz bir faktör olarak görülüyordu. Kısıtlayıcı ziyaret politikalarından dolayı ailenin çocuklarını 24 saat boyunca görmelerine izin verilmemekteydi. Yirminci yüzyılın ortalarına doğru çocuğun ailesinden ayrılmasının travmaya neden olduğu anlaşılmaya başlandı. Ailenin çocuğun

psikososyal ve gelişimsel gereksinimlerini karşılaması çocuğun sağlığını ve refahını artırmadaki rolü fark edildi (8,5).

Aileler ve hemşireler arasında hastanede yatan çocukların bakım ve tedavisi ile ilgili yapılan iş birliğinin yararlı etkileri ilk kez 1954 yılında Hemşire Florance Blake tarafından ortaya konulmuştur (5,23).

Aile merkezli bakım, 1950'li yıllarda İngiliz kuramcı John Bowlby ve James Robertson tarafından anne-çocuk ayrılığının çocukta stres, travma ve ayrılık anksiyetesi gibi olumsuz etki yarattığı çalışmalar ve 1959 yılında İngiltere Sağlık Bakanlığı tarafından Platt Raporu'nun yayımlanmasıyla aile merkezli bakım anlayışının gelişmesinde dönüm noktası olmuştur (13). Bir araştırmacı ve film yapımcısı James Robertson, 1953 yılında "İki Yaşındaki Hastaneye Gidiyor" ile "Hastaneye Anneyle Gitmek" adlı iki filminde ve 1958 yılında yayınladığı "Hastanedeki Küçük Çocuklar" adlı kitabında hastanede yatma sürecinin yarattığı stresten ve mevcut hastalıklardan çok, çocuğun anneden ayrılığının yarattığı acıların ve çocukta yarattığı olumsuz etkilerinin ortaya konulmasını sağlamıştır (22).

Platt Raporu ile ebeveynlerin çocuklarını ziyaret etme yasaklarının kaldırılması, annelerin çocukları ile birlikte hastanede kalması, çocuğun yaşına uygun oyun aktivitelerinin düzenlenmesi, çocukların bakım ve tedavisinde yer alacak sağlık profesyonellerinin çocuğun gereksinimlerini anlayabilmesi ve girişimlerini bu doğrultuda planlama yaparak bakım verilmesi gerektiği vurgulanmıştır (5,57).

Ailenin çocuğun gelişimsel ve psikososyal gereksinimlerini karşılama, sağlığını ve refahını artırmadaki rollerinin fark edilmesiyle ailenin çocuğa refakat etmesi, ziyaret politikalarının oluşturulması, kardeş ziyaretlerine izin verilmesi gibi değişiklikler yapıldı. Bu uygulamalar ile AMB kavramı gelişmeye başladı. Yirmi birinci yüzyılda ise çocuk ve ailenin bir bütün ve ayrılmaz olduğu, çocuğun ailenin merkezinde yer aldığı bakış açısı gelişti. Aile ve çocuğun bakımla ilgili kararlara katılması, bilgiye erişiminin desteklenmesi, tedavi seçeneklerinde onaylarının alınması gibi aile merkezli bakım kavramları vurgulanmaya başlandı (8).

Aile merkezli bakım felsefesi, tanımı, ilkeleri ve faydaları 1970'lerden bu yana kapsamlı bir şekilde incelenmiş ve 1990'lı yıllardan beri temel bir bakım modeli olarak kabul edilmiştir (5). Günümüzde genel olarak aile merkezli bakım modeli uygulanıyor olsa da hastane politikaları nedeniyle farklı kurumlarda değişiklik gösterebilmektedir (23).

4.7. Aile Merkezli Bakım İlkeleri

Amerikan Pediatri Akademisi (APA), 1993 yılında ailelerin görüşlerini bakım süreçleriyle ilgili kararlara kalıcı olarak entegre edip AMB'yi standartlaştırmayı amaçlamıştır. Sağlık profesyonellerinin AMB anlayışı ile bakım verebilmeleri için bazı ilkeler geliştirmiştir (58). Bu ilkeler:

1. Her çocuğa ve ailesine saygı duymak,
2. Sağlık hizmeti verilirken ailelerin yaşamsal, kültürel, etnik, sosyoekonomik farklılıklardan kaynaklanan değişkenlere saygıda kusur etmemek,
3. Zorlu durumlarda, aile ve çocuğu iyi analiz etmek, değerlendirmek ve onları cesaretlendirmek,
4. Çocuk ve ebeveynlerinin bakım ve destek yaklaşımları konusunda kararlarını desteklemek ve rehberlik etmek,
5. Sağlık politikaları ve bakım uygulamalarını her çocuğun ve ailesinin ihtiyaçları, inançları ve kültürel değerleri doğrultusunda düzenlemek,
6. Çocuğun sağlığına ilişkin bilgileri aile üyeleri ile dürüst, tarafsız, sürekli ve eksiksiz bilgi paylaşımında bulunmak,
7. Çocukların gelişim düzeyine uygun olarak çocuk ve ebeveyni korumak ve desteklemek,
8. Çocuğun bireysel bakımı, sağlık profesyonellerinin mesleki eğitimi, sağlık politikaları oluşturma ve program geliştirme gibi sağlık hizmetinin her aşamasında aileler ile sağlık profesyonelleri arasındaki iş birliğini güçlendirmek ,
9. Çocuğun ve ebeveynin kendi hastalık veya sağlıkları konusunda seçim ve karar almaları ve özgüvenini artırması için onları desteklemek,
10. Ebeveynler, aile merkezli bakımda çocuğun bakımının her aşamasına katılabilirler (58,3,5,19).

Aile merkezli bakımın benimsediği iki temel görüş vardır. Bu temel görüşler: ebeveynlere olanak sağlama ve aile üyelerine yetki vermedir. Böylece çocuklarının bakımlarına katılan ebeveynler yetenek ve becerilerini gösterme fırsatı bulur (3).

4.8. Aile Merkezli Bakım Sürecinde Hemşirelik

Aile üyelerinden birisinin yaşadığı herhangi bir fonksiyon bozukluğu bir bütün olarak ailenin tamamını olumsuz yönde etkiler. Çocuk hemşiresi yalnızca sorunu olan bireyi ele alırsa bütüncül bir değerlendirme yapmamış olur. Çocuğun hastaneye yatması ile birlikte diğer aile üyelerinin de desteklenmesi gerekir. Çocuğun bakımında

ailenin katılımını sağlamak için aile bütünlüğünün korunması ve ebeveynlerinin rol ve görevlerinin yerine getirilebilmeleri için desteklenmesi çocuk hemşiresinin sorumlulukları arasındadır. Bu nedenle aile merkezli bakım uygulamalarının gerçekleştirilebilmesi için ebeveynlerin hastanede çocuğun bakımına katılmaları yönünde desteklenmesi önemlidir. Ebeveynleri bakım uygulamaya hazırlarken onların bakıma katılmaya hazır olup olmadıkları da değerlendirilmelidir (20,23).

Çocukların, fiziksel ve duygusal gereksinimleri değişir. Ulaşılabilir, sürekli, kapsamlı, koordine ve aile merkezli bir bakım sunulmasını gerektirir. Hemşire, bakımı sağlarken aile odaklı, kanıta dayalı uygulamaları kullanarak atravmatik ve iyileştirici bir bakım ile hastalarının sağlığını korumalı ve yükseltmelidir. Pediatrik bakım, çocuğun iyilik halinin optimal düzeyde sürdürebilmek için aile merkezli bakım anlayışını benimsemiştir. Çocuğun bakımının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi sürecinde iş birliği kavramı aile merkezli bakımın temelini oluşturur (21).

Aile farklı inançlara, değerlere ve tutumlara sahip olabilirler. Çocuk hemşireleri bu farklılıkları gözetmelidir. Ekonomik durumun farklılıkları düşünülmeli, ebeveynlerin hastalığa yaklaşımda dini inançları gereği uyguladıkları baş etme yöntemlerine saygı duyulmalıdır (3).

Çocuğa uygulanan tanı ve tedavi yöntemleri ebeveynlere karmaşık gelebilir. Çocuk hemşiresi daha yalın bir dil kullanabilmeli, ebeveynlerin soru sormalarına fırsat vermeli, bilgilendirirken de çocuğun sağlık durumu hakkında dürüst ve eksiksiz açıklama yapmalıdır. Ayrıca bakım planı yaparken ebeveynlerin kendi gereksinimlerini de karşılayacak şekilde düzenlemelidir (20).

Çocuk servislerinde aile merkezli bakım uygulamaları içinde LEARN modeli sık kullanılan bir yöntemdir. Bu model, ailenin gereksinimlerine ve hemşirenin farklı problemlerde kendi bakış açılarındaki benzer ve farklı bilgileri onaylamak için birbirlerini dikkatle dinlemelerine odaklanır.

L (Listening): Sempati ile dinleme ve ailenin problemi nasıl algıladığını anlama

E (Explaining): Sağlık profesyonellerinin problemi nasıl algıladığını açıklaması

A (Acknowling): Ebeveynlerle farklılıkları ve benzerlikleri tartışma

R (Recommending): Aileye tedavi planı/bakım planının önerilmesi

N (Negotiating): Önerilen tedavi planı/ bakım planına ilişkin hastanın kültürel normlarını ve yaşam biçimini düşünerek birlikte uzlaşmaya varma

Aile merkezli bakım modelinin istenilen düzeyde olabilmesi için hemşirenin bu modeli benimsemesi önemlidir (19,21,23).

4.9. Aile Merkezli Bakımın Yararları

4.9.1. Çocuk ve aile için yararları

Çocuklar aile ile büyür, yetişir ve gelişirler ve kendilerini onlarla güvende hissederler. Çocuklar için hastaneye yatma, “ait olduğu ortamdaki ayrılma, hastane gibi yabancı ortam, invaziv girişimler, ağrı, ameliyat” gibi birçok nedenler ailede anksiyete yaratan bir durumdur. Çocuk için de özellikle aileden ayrılma en büyük anksiyete nedenidir.

Çocuğun ihtiyaç duyduğu duygusal destek aile merkezli bakım ile mümkündür. Ailenin çocuğun yanında olması ve ilişkinin devamı, çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikolojik olarak olumlu yönde etkiler.

AMB uygulamalarında ebeveyn ve sağlık profesyonelleri arasında terapötik bir ilişkinin olması gereklidir. Aile merkezli bakımın etkinliğini, sağlık profesyonelleri ile ebeveyn arasındaki iletişimin düzeyi belirler (1,3,19).

Yapılan çalışmalar doğrultusunda aile merkezli bakımın çocuk ve ebeveynlerde;

- Aile merkezli bakım hem çocuğun ve hem ailenin stresini minimuma indirir.
- Çocuk ve ailenin güven duygusunu ve sorun çözme yeteneğini geliştirir.
- Çocuk-aile-sağlık profesyonelleri arasında sağlıklı ve devamlı bir iletişim sağlar.
- Çocuğun hastaneye yatışına ve bakıma uyum sürecini hızlandırır.
- Ebeveynlerin bakım verme becerilerini artırır.
- Çocuk ve aile memnuniyetini artırır.
- Çocukların daha az ağrı ve uyku sıkıntısı yaşamasını sağlar.
- İyileşme sürecini hızlandırır ve taburculuk sonrasında hastaneye dönme olasılığını azaltır.
- Çocuklarda gelişebilecek davranışsal sorunları azaltır (5,19,20).

4.9.2. Hemşire için yararları

Aile merkezli bakımın uygulanmasında ve sürekliliğinin sağlanmasında hemşireler görev yapmaktadır. Yapılan çalışmalar aile odaklı çalışmanın hemşireye bazı yararları olduğu kanıtlanmıştır:

- Zamanın daha etkili ve verimli kullanılmasını sağlar.
- İş yükünü hafifletir.
- Ebeveyn ve çocuk ile iş birliğini sağlar ve iletişimi güçlendirir.
- Bakım hizmeti kalitesi artar.
- Mesleki doyum ve memnuniyet artar.
- Sağlık ekipleri arasında sağlıklı bir iletişim sağlar.

Bunlarla beraber ailenin kararlarda yer alması sağlık çalışanlarının uygulamalarında etik sorumluluklarını azaltır (5,13,23).

4.9.3. Kuruma yararları

- Sağlık sektörü açısından bakım maliyetini düşürür.
- Yatış süresi kısılır.
- Yeniden hastaneye yatışların azaltılması nedeniyle uzun vadede giderlerden tasarruf sağlanır (28,59).

4.10. Aile Merkezli Bakım Uygulamasında Karşılaşılan Güçlükler

Aile merkezli bakım modeli çocuk, aile ve hemşire için birçok faydası olmasına rağmen modeli uygulamada güçlüklerle karşılaşmaktadır (23). Yapılan araştırmalarda, hemşirelerin aile merkezli bakımı engelleyici, uygulamada yaşadıkları başlıca önemli sorunlar şunlardır:

- Aile merkezli bakımın tam olarak anlaşılmaması ve gerekli olmadığı düşüncesi
- Hemşirelerin iş yoğunluğu nedeniyle ailelere yeterince zaman ayıramamaları
- Hastane yönetiminin ve sağlık ekibinin aile merkezli bakım modeline ilişkin yeterli bilgisinin olmaması
- Aile merkezli bakım için verilecek eğitimlerde kaynak yetersizliği ve eğitim müfredatında olmaması
- Kurumlarda aile merkezli bakım için gerekli koşulları sağlayacak maddi desteğin yetersizliği
- Sağlık profesyonelleri ve aile arasındaki iletişim yetersizliği
- Ailelerin bakıma katılımı ve gerekli eğitimlerin verilmesinin iş yükünü artırdığı inancı

- Ailelerin hastanedeki görev ve sorumlulukları ile ilgili ve aile merkezli bakımın nasıl uygulanacağına ilişkin rehber bulunmaması
- Hasta yakınlarının sağlık ekibine yönelik şiddet eğilimlerinin olduğu düşüncesi
- Aileler ve sağlık profesyonelleri arasında etnik, dil ve ekonomik farklılıklar, coğrafi uzaklık, istihdam durumu ve kardeş sayısı gibi faktörler ailenin çocuğun bakımına katılmaya istekli olmasına rağmen uygunluğu sınırlandırabilmektedir (23,26,28).

4.11. İş doyumu

4.11.1. İş doyumunun tanımı ve önemi

İş doyumu tanımı 1920'lerde yapılmaya ancak önemi 1930-1940 yılları arasında anlaşılmaya başlanmıştır. Kavram daha sonra birçok sosyal bilim dalı araştırmalarında ele alınmıştır. Örgütsel etkinlik ve verimlilik üzerinde etkisini hissettirdiğinden son yıllarda davranış bilimcilerin önem verdiği davranışsal konulardan biridir. Günümüzde iş doyumu çağdaş yönetim yaklaşımları çerçevesinde o zamandan bu yana önemli bir etmen olarak tanımlanmaktadır (30, 31).

İş doyumu soyut bir kavramdır. Davranış bilimciler ve araştırmacılar tarafından değişik biçimlerde tanımlanmıştır. İş Doyumu, “Çalışanların fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimlerinin, beklentileri doğrultusunda karşılanma düzeyleri” olarak tanımlanmıştır. Başka bir tanımda ise; kişilerin işlerinden duydukları memnuniyet ya da memnuniyetsizlik durumu olarak ifade edilmiştir. Genel anlamıyla bireyin işine, iş yerine yönelik genel hoşnutluğu, işe karşı geliştirdiği olumlu duygu ve düşüncelerin toplamıdır. Bu nedenle iş doyumu, çalışanların işlerine karşı verdikleri duygusal bir tepki olduğundan bireysel ve örgütsel etkenlerden etkilenmektedir (32, 33, 42).

İş doyumu, bireyleri kaliteli iş yapmaya teşvik eden etkili bir kavramdır. İnsanların verdiği emeğin karşılığı olarak elde edilen başarı kişide doyum hissi yaratır. İş doyumu, çalışanın ekipte yaşadığı sıkıntıları çözmeye yönelik davranış sergileme, sorunları çözmeye istekli ve azimli olma durumunu etkiler (34).

Çalışanın yaptığı iş karşılığında aldığı haz ve doyum, kendisi ve kurum açısından son derece önemlidir. Bu nedenle, iş doyumu üzerinde yapılan araştırmaların sayısında özellikle 20.yy itibarıyla büyük bir artış olmuştur. Düşük iş doyumu öncelikle moral bozukluğu, işten soğumaya, düşük verimliliğe ve bunun sonucunda da

sağlıksız bir topluma ortam hazırlar. Bundan dolayı hem kurumun verimliliği ve başarısı için hem de sağlıklı bir toplumun oluşması için iş doyumu önemsenmelidir. İş doyumu bireyin işinden ve yaşamından memnun olması, mutlu ve huzurlu yaşaması demektir. Bu mutluluk sonucunda bireyin gerilim ve stres kaynaklı ruhsal ve fiziksel hastalıklardan uzak durmasını sağlar (35).

4.11.2. İş doyumunu etkileyen faktörler

İş doyumunu sağlayan faktörler kişiden kişiye değişir. Bu değişimin temelinde, doyum faktörlerinin kişilerin tutumlarını etkileme derecesinin farklı olmasında yatar. İş doyumu düzeyini etkileyen faktörler çalışanlar arasında değişim göstermekle beraber zamanla gelişme gösterirken bu faktörler de zaman içinde gelişme göstermiştir ve sınıflandırılmışlardır. Kişinin karakter özellikleri ile hayat tecrübeleri bireysel faktörleri belirlemektedir. Çalışanın bulunduğu örgütsel ortam ile genel olarak çalışma koşulları ve çalışanın bunları algılayış biçimi örgütsel faktörleri belirlemektedir (36,40).

İş doyumu faktörleri, kişinin bireysel özellikleri, çalışma ortamı ve koşulları, iş arkadaşları, kişinin sosyal çevresi, bulunulan toplum ve toplumun özellikleri, gelenek ve göreneklerine göre farklılıklar gösterebilir. Her faktörün önem derecesi bulunduğu ortama ve kişiye göre değişir (35,41).

İş doyumu faktörleri, genelde bireysel ve örgütsel faktörler olmak üzere ikiye ayrılarak incelenmiştir (36,37,42).

4.11.2.1. İş doyumunu etkileyen bireysel faktörler

Cinsiyet; literatür incelendiğinde iş doyumunda kadınlar ve erkekler arasında çok fazla bir farklılık görülmediği gibi bazı araştırmalarda erkeklerin iş doyumu kadınlara kıyasla daha fazla olduğu gibi tam tersi de çıktığı durumlar görülmektedir. Saygınlık, ücret, adil çalışma ortamı, çalışanlara sağlanan hizmet içi eğitim ve gelişim olanakları gibi birçok etken cinsiyetler arası iş doyumunun temel belirleyici unsurları arasındadır (36,38).

Yaş; araştırmalara göre iş doyumu ile yaş faktörü arasında anlamlı bir ilişki vardır. Yaş arttıkça yapılan işteki başarı oranı artmakta ve bu da işten alınan doyumu artırmaktadır. Yaş ilerledikçe kazanılan deneyim ve beceriler nedeniyle çalışanın iş yapış şeklinde iş doyumunu artıracak yönde gelişme görülebilmektedir. Meslekte daha uzun yıllar çalışanların, beklentilerini daha düşük seviyede tutması, örgüt içerisinde

uyumlarının artması, yaşla beraber baş etme mekanizmalarının gelişmiş olması, terfi olanaklarının artması, alınan ödüllerin çeşitlenmesi, genç olanların meslekte hiyerarşik düzende daha çok rutin işler yapması ve sisteme ayak uydurmakta daha çok sorun yaşamalarından kaynaklandığına bağlanmaktadır. Literatüre bakıldığında; çalışma hayatına erken atılan bireylerde iş doyumu yüksek olurken, 30 yaşına doğru bu doyum düşmeye başlar, yaş ilerledikçe ve çalışma hayatının sonuna doğru ise tekrar yükselmektedir. Bir diğer araştırmaya göre genç çalışanların yaşı daha büyük çalışanlara göre iş doyumu seviyelerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyi yüksek genç çalışanların iş yaşamından beklentilerinin yüksek olmasından iş doyumu düzeylerinin düşük olduğu sonucu çıkmıştır (36,37).

Eğitim düzeyi; bireyin almış olduğu eğitim ile yapmış olduğu işin paralel olması iş doyumunu pozitif yönde etkileyebilmektedir. Eğitim düzeyi çalışanın başarısını ve işine olan tutumunu olumlu yönde etkiler. Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin, stresin olumsuz etkilerinden daha az etkilendiği ve stresle daha çok baş edebildiği gözlemlenmektedir. Bunun yanı sıra bireyin eğitim düzeyindeki artışın tam tersi bir etkiye sebep olduğu da bilinmektedir. Eğitim düzeylerine ve deneyimlerine göre daha üst bir pozisyonda görev yapan bireylerde çok yoğun stres ve endişe sebebi ile iş doyumunda düşüş görülmektedir. Sosyokültürel açıdan gelişmiş, eleştirel bir düşünceye sahip ve bilgi birikimi fazla olan bireylerin meslekten beklentileri de artmaktadır. Mesleki anlamda beklentilerine ulaşamayan çalışanların meslekten aldıkları doyum ve haz düşmekte bu da iş doyumunu olumsuz etkiler (36,38,39).

Medeni durum; medeni durum ile iş doyumunu değişkenlerin birbirini etkilediği yönünde güçlü bulgular elde edilememiştir. Yapılan az sayıdaki çalışmalara göre evli kişilerin bekar çalışanlara göre iş doyumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum evlilik hayatının getirdiği düzene bağlı mutluluk ve istikrarlı yaşamının iş hayatını olumlu etkilemesi olduğu tahmin edilmektedir (37,39).

Kişilik yapısı; kişilik, bireye ait olan ve onu diğer insanlardan manevi ve ruhsal özellikleri yönünden ayıran davranışların toplamıdır. İnsana bireyselliği kazandıran özelliklerdir. Kişilik özellikleri iş doyumundaki en önemli etkenler arasında ve bireysel faktörlerin en karmaşık değişkenidir. Çalışanların kişilik özellikleri iş doyumuna etkisi açısından incelendiğinde agresif, iş hayatında uyumsuz ve çevresi ile iletişimi iyi olmayan bireylerin iş doyumunda düşüktür. Esnek kişiliğe sahip, kendini ifade edebilen ve ilişkilerinde yapıcı olan bireylerin ise daha yüksek iş doyumuna sahip oldukları görülmektedir (36,38,39).

Meslek ve statü; yapılan işin niteliğine bağlı olarak iş doyumlarında farklılık gösterebilir. Uzmanlık gerektiren meslek gruplarında iş doyumunu meslek düzeyinin yükselmesi ile paralellik göstermektedir. Ekip içinde iyi bir statüye sahip olan çalışanın iş doyumunu da daha yüksek olmaktadır. Benzer şekilde; yönetici pozisyonunda olan bireylerin iş doyumunu, alt kademelerde çalışanlara oranla daha yüksektir (36,38).

4.11.2.2. İş doyumunu etkileyen örgütsel faktörler

Ücret; ücret en önemli motivasyon kaynakları arasında yer almaktadır. Bireyin ve ailesinin gereksinimlerini karşılaması, iyi bir yaşam kalitesine ulaşabilmek, toplumda iyi bir konuma gelebilmek yönünden önemli bir etkidir. Bunun yanı sıra iş doyumunun artmasında da çok önemlidir. Ücret; işin bireyden istediklerine, kişinin yeteneklerine ve toplumun ekonomik yapısına göre adil ise kişinin iş doyumunu da yükselir (36,40,41).

İşin niteliği; işin kendisi bireyin işiyle ilgili sahip olduğu bilgi, beceri ve deneyimleri içinde kullanabilmesi, çalışanın yeteneklerini kullanmasına olanak sağlaması, yenilikleri öğrenmeye, gelişmeye fırsat vermesi ve çalışanı üretmeye yönlendirmesi gibi unsurları kapsamaktadır. Çalışanın yaptığı iş hem kendisi hem de başkası için anlam ifade ettiğinde bu işten doyum almasını sağlar. Çalışanın yaptığı işi sevmesi, işiyle ilgili kararlara katılabilmesi bireyin iş doyumunu artıracığı belirtilmektedir (36,40,41).

Çalışma ortamı ve koşulları; çalışılan ortamın fiziksel koşulları kişinin çalışması açısından risk teşkil etmemesi, çalıştığı ortamda kendini rahat hissetmesi, sağlığı ve konforu açısından olumlu olması kişinin işine bağlılığını ve doyumunu artırmaktadır. Fiziksel koşullarının uygunsuz ve kötü olması çalışanların iş doyum düzeyini azaltmaktadır (36,40). Daha sağlıklı bir çalışma ortamının sağlık hizmetlerinin sunumunda ve beraberinde finansal iyileştirme için önemli bir rol ve hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesinde temel nokta; daha iyi iş performansı ve daha memnun çalışanlar ile sonuçlanır (44).

Terfi; insanı çalışmaya teşvik eden çok önemli etkenlerdendir. İnsanlar çalıştıkları örgütte başarılı oldukları zaman terfi olmak isterler. İş yerinde terfi olanaklarının olması ve adil olması iş doyumunu artırır. Terfi; maddi gelirde artış sağlar, çalışanın özgüvenini artırır, kişinin sosyal statüsünü yükseltmekte ve bireye saygınlık kazandırmaktadır (36,39,40).

Çalışma arkadaşları; iş ortamında ekip üyeleri arasında sağlıklı bir iletişim, birlik ve dayanışmanın olması iş doyumunu olumlu etkiler. Kişinin ekip arkadaşlarını kendi yaşam tarzına yakın hissetmesi, kendisini destekleyen ve rahatlamasını sağlayan bir grup içinde olması kişinin işten bıkmamasına, işe isteyerek gitmesine katkı sağlar bu da iş doyumunda artış sağlamaktadır (36,39,41).

Yöneticilerle ilişkiler; yönetim tarzı, yöneticilerin çalışanlara karşı sergiledikleri davranışlar iş doyumunda önemlidir. Yönetimin başarılı, olumlu bir yapıda olması, güven verici, adil, sorun çözme yeteneğinin olması, çalışanlara değer vermesi ve yöneticilerin kendi aralarındaki ilişkilerin uyumlu olması çalışanların işten doyum almasını olumlu etkilemektedir (36,40).

İş güvenliği; sosyal ve fiziksel açıdan güvenli bir iş ortamı kişinin işine karşı olumlu duygular hissetmesini sağlar. Güvenli bir iş ortamı kişiye değer duygusu verir ve kişinin işine olan güveni artır dolayısıyla iş doyumunun yüksek olmasını sağlar. İş güvenliğinin olmadığı, her an işini kaybetme duygusunun ve korkunun olduğu kurumlarda iş doyum düzeyi düşüktür dolayısıyla kurum performansı da düşük olmaktadır (40,41).

Stres; bireyler stresle en fazla iş hayatında karşılaşır. Günümüz çalışma ortamı, strese yol açabilecek birçok faktörle doludur. İş stresi bir diğer adıyla mesleki stres kaynakları genel olarak üç temel grup altında toplanmıştır: Havalandırma, aydınlatma gibi çalışma ortamındaki fiziksel; rol çatışması ve belirsizliği, fazla iş yükü, özerklik eksikliği gibi örgütsel, a tipi kişilik, yetenekler ve gereksinimler, denetim odağı gibi kişisel faktörlerdir. İş doyumunu olumsuz etkileyen bir unsur olmasından dolayı stresle baş etmek önemlidir (39,40).

Yönetime katılma; çalışanların yönetime katılma olanakları sağlandığında bireylerin kendisini etkileyen, kararlar ve planlamalardaki sorumluluğu artacaktır. Kendi benliğinin doyumunu için önemli olanaklar elde eder. Çalışanı örgütle kaynaştırır ve örgütsel amaçlara doğru uyarır. Bu durum beraberinde iş doyumunda artışa kolaylaştırmaktadır (39,42).

4.11.3. Hemşirelikte İş Doyumu ve Önemi

İş doyumunu, çalışanların mesleğine karşı geliştirmiş oldukları tutumlarının tümü ya da bireylerin yaptıkları iş karşılığında aldıkları tatmin veya tatminsizlik olarak tanımlanabilmektedir (2). Günümüzde sağlık hizmetlerinin insanı konu alması

nedeniyle, sağlık çalışanlarının işlerinden doyum olarak çalışması oldukça önemlidir (15).

Sağlık bakım hizmeti; emeğin çok yoğun olduğu, tüm toplum için sağlık hizmeti üreten, veren ve herkese ulaştırmaya çalışan bir alandır (39). Hemşireler hastanelerde insan kaynağının en büyük parçasıdır. Hastanedeki iş çevresinin, hemşirelerin memnun olmalarını ve işe devam etmelerine etki eden çok önemli unsurdur. Hastanelerin hemşirelere sunmuş olduğu örgütsel imknlar hemşirelerin iş doyumunu düzeyinde belirleyici olmaktadır (2).

Sağlık profesyonelleri arasında önemli bir yeri olan hemşireler için iş doyumunu kavramı büyük önem arz etmektedir (36). Hemşirelerin iş doyumunun sağlanması tüm dünyada ortak bir sorundur (15,36). Hemşirelerin iş doyumunu düzeylerinin bireysel ve örgütsel faktörlerden etkilendiği saptanmıştır. Kurumların ve hemşire yöneticilerin duyarlı olması, iş ortamını iyileştirici ve geliştirici yeni düzenlemelerin yapılması hemşirelik mesleğindeki verimlilik ve sağlık bakım hizmetlerinin kalitesini artıracaktır.

Yapılan bazı çalışmalarda; hemşirelerin iş doyum düzeyleri orta düzeyde iken bazı çalışmalarda ise düşük görülmüştür. Hemşirelerin iş doyum düzeyleri, bakım kalitesi açısından hasta ve hasta yakını memnuniyeti üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Güvenli bir hasta bakımı için, hemşirelerin iş doyumunu yükseltmeye yönelik çalışmalar yapılmalı, hemşirelik sorunlarına çözüm getirilmeli ve hemşireler gerekli konularda desteklenmelidir (15).

İş doyumunu ile verimlilik arasında aynı yönlü korelasyon olduğu görülmektedir (2). Verimli ve yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulması doyum sağlamış sağlık çalışanlarına sahip olması ile mümkündür (33). Sağlık hizmetlerinin sunumunda hemşireler her konuda aktif rol üstlenmektedirler. Yüksek düzeyde performans göstermesi beklenen hemşireler sorumluluklarını yerine getirirken çalışma ortamlarında ne kadar iş doyumuna ulaşırlarsa, verilen sağlık hizmetin nitelik ve niceliğinin artmasına yararı olacaktır (30).

Hemşireler, düzensiz ve ağır çalışma koşulları, vardiyalı çalışma, uzun çalışma saatleri, ücret yetersizliği, mesleki saygınlığın yetersizliği, görev ve sorumlulukların yeterince belirlenmemiş olması, acı çeken ve ölmekte olan insanlara hizmet verme gibi nedenlerle iş doyumunu düşük çalışanlar grubunu oluştırmaktadırlar (33). İş doyum olmayan hemşirelerde işe devamsızlıkta artma, işten kaçınma, izin ve rapor alma eğiliminde artma, işine karşı olumsuz tutum ve eleştiri, örgütsel iletişimin bozulması

ve geçimsizlik, kişinin kendini soyutlaması, verimlilikte azalma, işten ayrılma, emirlere uymama örgütsel sonuçlara ve iş performansında azalmaya neden olmaktadır (30,33,39).

Hemşirelik mesleği; hastanelerin fiziksel ortamlarının uygunsuzluğu, nöbet usul çalışma, nöbet fazlalığı, maaş, mesleki riskler, fazla iş yükü ve mobbing gibi çeşitli sıkıntılar içermektedir. Bu alanlarda yapılacak olan iyileştirmeler, hemşire performansı ve iş doyumunun sağlanması anlamında önemlidir (33).

Sağlık alanında çalışmak sık sık stres yaratıcı olaylara maruz kalınması sebebiyle diğer iş ortamlarından farklıdır. Çalışma ortamında yoğun streslere maruz kalındığında bedensel ve psikolojik olarak yıpranma, verimliliğin azalması ve duyarsızlaşma olduğu gözlenmektedir. İş stresi; gerginlik, migren, uyku ve beslenme sorunları, davranış bozuklukları, kronik yorgunluk gibi fiziksel ve ruhsal sorunlar ortaya çıkmaktadır. İş doyumsuzluğuna sebep olan bu durumlar zamanla beden sağlığını etkileyerek psikosomatik kökenli hastalıklara (kalp hastalığı, peptik ülser) yol açmaktadır (30,39).

İş doyumunu yüksek olan hemşirelerde; iş yerinde sağlıklı ilişkiler içerisinde, mutlu, verimli ve üretken olduğu, hasta bakım hizmetleri kalitesinin arttığı, işten ayrılma isteğinin düşük olduğu tespit edilmiştir (30,33)

Hemşirelerde iş doyumundaki artış; mesleki rol ve sorumlulukların istenilen düzeyde yerine getirilmesi ve profesyonelleşme yolunda hemşirelik mesleğine önemli katkı sağlayacaktır (36).

5. MATERİYAL METOD

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma, çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin tutumlarının iş doyumuna etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte gerçekleştirildi.

5.2. Araştırma Soruları

1. Çocuk hemşirelerinin aile merkezli bakıma ilişkin tutumları nasıldır?
2. Çocuk hemşirelerinin iş doyumunu düzeyleri nedir?
3. Çocuk hemşirelerinin aile merkezli bakım tutumları ile iş doyumunu düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Diyarbakır'da bir çocuk hastalıkları hastanesinin kliniklerinde gerçekleştirildi. Gerekli kurumsal izinler alınarak veriler 2020 Eylül -2021 Ocak ayları arasında toplandı. Araştırma zaman dağılımı Tablo 5.3.1.'de verildi.

Tablo 5.3.1. Araştırma Zaman Dağılımı

Literatür tarama	Ocak- Mart 2020
Araştırma önerisi sunumu	Mart 2020
Anket formu hazırlanması	Mayıs 2020
İzinlerin alınması	Mayıs-Temmuz 2020
Veri toplama	Eylül 2020-Ocak 2021
Verilerin analizi	Mart-Nisan 2021
Tez yazım	Nisan-Temmuz 2021

5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni; Diyarbakır ili kent merkezindeki bir çocuk hastalıkları hastanesinin kliniklerinde çalışan hemşireler oluşturdu. Bu kurumda; çocuk kliniklerinde 356 hemşire aktif çalışmaktadır.

Araştırmanın örnekleme; hastanenin kliniklerinden çalışmaya katılmayı kabul eden 150 gönüllü hemşire oluşturdu. Covid-19 Salgını nedeniyle başka sağlık kurumlarına filyasyon ekibi adıyla geçici görevlendirmelerde bulunan hemşireler araştırmaya dahil edilemedi. Ayrıca iş yoğunluğu nedeniyle çalışmaya katılmak istemeyen hemşirelerin dahil edilememesi de çalışmamızın bir diğer kısıtlamasıydı.

5.4.1. Çalışmaya dahil olma kriterleri

Bu çalışmada hemşirelerin örneklem seçim kriterleri;

Çalışmaya katılmaya gönüllü olması

Çocuk kliniğinde çalışıyor olması

5.4.2. Araştırmanın değişkenleri

Bağımsız değişken: Sosyo-demografik ve mesleki özellikler

Bağımlı değişken: Hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin tutumları ve iş doyumu

5.5. Veri Toplama Tekniği

Hastanede hemşirelerle karşılıklı görüşme yapılarak uygulama öncesi anket formları hakkında bilgi verildi (EK-1, EK-2, EK-3). Gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra araştırmaya katılmak isteyen hemşirelerin onamları alındı. Gönüllülerle ortalama görüşme süresi 15-30 dakika sürmüş olup, yüz yüze görüşme yöntemi ile veriler toplandı.

5.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan 17 soruluk mesleki ve sosyo-demografik özelliklerine ilişkin Bireysel Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1), 58 soruluk “Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği” (EK-2) ve 20 soruluk “Minnesota İş Doyumu Ölçeği” (EK-3) kullanılarak toplandı.

5.6.1. Bireysel Tanıtıcı Anket formu

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak oluşturulmuştur. (15,18,33,36,42). Anket formunda; hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, mesleki durumlarına ilişkin özellikler ve aile merkezli bakıma ilişkin görüşlerini içeren toplam 17 soru yer almaktadır.

5.6.2. Minnesota İş Doyum Ölçeği

Çalışanların iş doyumlarını ölçmek için; Minnesota İş Doyum Ölçeği Weiss, Davis, England ve Lofguist (1967) tarafından geliştirilmiş ve Baycan (1985) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. (Cronbach alfa = 0,77). Minnesota İş Doyum Ölçeği 1-5 arasında puanlanan beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçek puanlamasında, Hiç memnun değilim; 1 puan, Memnun değilim; 2 puan, Kararsızım; 3 puan, Memnunum; 4 puan, Çok memnunum; 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Minnesota İş Doyum Ölçeği içsel, dışsal ve genel doyum düzeyini belirleyici özelliklerde 20 maddeden oluşmaktadır.

1. Alt Boyut (İçsel doyum): 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 20 maddelerden oluşmuştur. Başarı, tanınma veya takdir edilme, işin kendisi, işin sorumluluğu, yükselme ve terfiye bağlı görev değişikliği gibi işin içsel niteliğine ilişkin tatminkarlıkla ilgili öğelerden oluşmaktadır. Bu boyutun maddelerinden elde edilen puanlarının 12'ye bölünmesi ile İçsel Doyum puanı bulunur.

2. Alt Boyut (Dışsal doyum): 5,6,12,13,14,17,18,19 maddelerinden oluşmuştur. İşletme politikası ve yönetimi, denetim şekli, yönetici, çalışma ve astlarla ilişkiler, çalışma koşulları, ücret gibi işin çevresine ait öğelerden oluşmaktadır. Bu boyutun maddelerinden elde edilen puanların toplamının 8'e bölünmesi ile dışsal doyum puanı elde edilir.

Genel doyum ölçekte bulunan tüm maddeler olan 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 numaralı maddeleri içermektedir.

Bu araştırmada benzer birçok araştırmada olduğu gibi Cronbach's Alpha güvenirlik testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda elde edilen değer 0 ile 1 arasında değişmekle birlikte yapılacak analizlerin anlamlı sonuçlar vermesi için elde edilen katsayının 0,70 ve üzerinde bir değer alması gerektiğini ifade etmektedir. Genel Doyum Alpha katsayısı 0,931, İçsel Doyum alt boyutu Alpha katsayısı 0,913 ve Dışsal Doyum alt boyutu Alpha katsayısı 0,844 olarak hesaplanmıştır. Sonuçlara göre ölçekler ve alt boyutları için $0,80 \leq \alpha < 1$ olduğundan yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilmektedir.

5.6.3. Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği

Ölçek, Ayfer Kara (2018) tarafından çocuk kliniklerinde çalışan ve çocuk hastalara bakım veren hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin görüşlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilip geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır(EK-

2). Ölçek, hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin tutumlarında; katılma ve katılmama tercihleri 1’den 5’e kadar derecelendirilmiş bir dizi ifade ile (5-Tamamen Katılıyorum, 4-Katılıyorum, 3-Kararsızım, 2-Katılmıyorum, 1-Hiç Katılmıyorum) açıklamaları istenen, 58 tane Likert tipi maddeden oluşmaktadır. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Ölçek “Aile Merkezli Bakımın Katkısı” ve “Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı” olmak üzere iki faktörden oluşmaktadır. Aile Merkezli Bakımın Katkısı faktörü 1.-28. ifadeleri, Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı faktörü 29.-58. ifadeleri kapsamaktadır. Ölçümde, iki alt boyut ve aile merkezli bakıma yönelik genel tutum olmak üzere üç ayrı puan hesaplanmaktadır. Faktörlerin ve genel tutum puanları hesaplanırken maddelerin değerleri toplandıktan sonra madde sayısına bölünerek (aritmetik ortalama) puanlar elde edilmektedir. Alt faktörler ve genel tutum puanı en az 1-en yüksek 5 puan almaktadır. Ölçek genel puanı ve alt faktörlerden elde edilen puanların artması hemşirelerin aile merkezli bakımın katkısına ve gerekliliğine yönelik olumlu tutumların yükseldiğini göstermektedir. Ölçek puanındaki 4 puanlık genişlik 5 eşit parçaya bölünerek ($4/5=0.8$), 1.00-1.79 puan=çok düşük, 1.80-2.59 puan=düşük, 2.60-3.39 puan= orta, 3.40-4.19 puan= yüksek, 4.20-5.00 puan= çok yüksek düzeyi göstermektedir. Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğinin Alpha katsayısı 0,982, Aile Merkezli Bakımın Katkısı alt boyutu Alpha katsayısı 0,967 ve Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı boyutu Alpha katsayısı 0,972 olarak hesaplanmıştır (EK-2).

Bu çalışmada da; Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğinin Alpha katsayısı 0,976, Aile Merkezli Bakımın Katkısı alt boyutu Alpha katsayısı 0,969 ve Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı boyutu Alpha katsayısı 0,947 olarak hesaplanmıştır. Sonuçlara göre ölçekler ve alt boyutları için $0,80 \leq \alpha < 1$ olduğundan yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilmektedir.

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi için IBM SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır. Genel özellikler için frekans dağılım tabloları oluşturulmuştur. Çalışmada kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarının toplam puanları hesaplanmış ve puanların normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi için Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren verilerin analizi için parametrik testler, normal dağılım göstermeyen verilerin analizi için parametrik olmayan testler kullanılmıştır.

Ölçek puanlarının demografik özelliklere göre farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi için normal dağılım gösteren değişkenlerin 2 kategorili değişkenler ile

karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi ve 2’den fazla kategorisi bulunan değişkenler ile karşılaştırılmasında ANOVA testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin 2 kategorili değişkenler ile karşılaştırılmasında Mann Whithney U testi ve 2’den fazla kategorisi bulunan değişkenler ile karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Ölçekler ve alt boyutlar arasındaki ilişki normal dağılım gösteren verilerde Pearson korelasyon katsayısı ile normal dağılım göstermeyen verilerde ise Spearman korelasyon katsayısı ile test edilmiştir.

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın verileri sadece Diyarbakır ilinde bir çocuk hastanesinde çalışan hemşirelerin verdikleri bilgiler ile sınırlıdır.

5.8.1. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Karşılaşılan Zorluklar

Bu çalışmada kullanılan Bireysel Anket Formu, Aile Merkezli Bakım Tutum ve Minnesota İş Doyum Ölçeklerinin kolay anlaşılabilir olması çalışmamızın güçlü yönleridir.

Covid-19 Salgını nedeniyle kısıtlamaların olması, hasta profilinin fazla olması, hemşirelerin sayıca az olmaları, yoğun çalışma ortamları gibi nedenlerle görüşme fırsatı oluşturmada zorlanma araştırmanın zayıf yönleridir.

5.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için; İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan (Etik kurul karar no: 10840098-604.01.01-E.4634/29.01.2020) onay alındı. Araştırmanın yapılacağı hastane için Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü’nden (Karar no: 90410089-771/01.09.2020) gerekli izinler ve Aile merkezli Bakım Tutum Ölçeği’ni geliştiren araştırmacıdan (EK-4) ölçek kullanım izni alınmıştır.

Uygulamaya başlamadan önce katılımcılara çalışmanın planı, yararları ve amacı hakkında bilgi verilerek “Gönüllü Oluru” ve “Gönüllülük” ilkesine, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek “Özerkliğe Saygı” ilkesine, katılımcıların bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesine bağlı kalarak araştırmaya katılanların kimlik bilgileri kullanılmadan araştırma yürütülmüştür.

6. BULGULAR

Tablo 6.1. Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (N=150)

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Cinsiyet	Erkek	98	65,3
	Kadın	52	34,7
Medeni Durum	Evli	87	58,0
	Bekar	60	40,0
	Boşanmış	3	2,0
Yaş	20-25 yaş	27	18,0
	26-30 yaş	57	38,0
	31-35 yaş	29	19,3
	36 yaş ve üstü	37	24,7
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi mezunu	14	9,3
	Üniversite mezunu	129	86,0
	Lisansüstü eğitim mezunu	7	4,7
Çalışma Süresi	1 yıl ve altı	13	8,7
	2-4 yıl	37	24,7
	5-7 yıl	38	25,3
	8 yıl ve üstü	62	41,3
Çalıştığı Birim	Servis	70	46,7
	PICU	24	16,0
	NICU	30	20,0
	Ara Yoğun Bakım	10	6,7
	Acil Yoğun Bakım	5	3,3
	Diğer (EKG ünitesi, Kan alma, laboratuvar vb.)	11	7,3
Birimde Çalışma Süresi	1 yıl ve altı	39	26,0
	2-4 yıl	71	47,3
	5-7 yıl	23	15,3
	8 yıl ve üstü	17	11,3
Unvan	Sorumlu Hemşire	10	6,7
	Hemşire	140	93,3
Çalışılan birimden memnun olma durumu	Evet	122	81,3
	Hayır	28	18,7

Çalışmaya katılan hemşirelerin %65,3'ü erkek, %58'i evli, %38'i 26-30 yaş aralığındadır. Hemşirelerin %86'sı üniversite mezunu, %41,3'ü 8 yıl ve üstü çalışma süresine sahip ve %81,3'ü çalıştıkları bölümden memnundur. Hemşirelerin 46,7'si servis birimlerinde, %47,3'ü şu an çalıştıkları birimde 2-4 yıldır süredir çalışmaktadır. Çalışmaya %93,3'ü klinik hemşiresi olmak üzere toplam 150 katılımcı ile yürütülmüştür.



Tablo 6.2. Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Aile Merkezli Bakıma İlişkin Eğitim Alma Durumları ve Görüşleri (N=150)

Görüşler	N	%
Aile merkezli bakıma ilişkin eğitim Alma durumu		
Alan	15	10.0
Almayan	135	90.0
Birimde aile merkezli bakım uygulayabilme durumu		
Evet	62	41.3
Hayır	88	58.7
Aile merkezli bakım uygulamaya yönelik engel olduğunu düşünme durumu		
Evet	84	56.0
Hayır	66	44.0
Bakıma ebeveyn katılımı olmasını destekleme durumu		
Evet	137	91.3
Hayır	13	8.7
Aile Merkezli Bakım Tanımları		
Süreçle ilgili verilen bilgi ve eğitimler	11	7.3
Hemşire-ebeveyn iş birliği	19	12.7
Ebeveyn olma farkındalığının artırılması	1	0.7
Diğer (Tedavi ve bakım sürecine aileyi dahil etmek, ailenin çocuğun bakımında etkin rol alması, ebeveynlerin bakımın bir parçası olması ve sürekliliğinin sağlanması)	46	30.66
Çalışılan Alanda Uygulanabilen Aile Merkezli Bakım Örnekleri		
Ailenin çocuğun tedavisini üstlenmesi	7	4.7
Verilen eğitimleri kapsar	16	10.7
Diğer (Çocuğun öz bakım gereksinimlerinin karşılanması, emzirmenin sağlanması, ailenin beslenme sürecine katılması, kanguru bakımının yapılması)	16	10.7
Çalışılan Alanda Aile Merkezli Bakım Uygulamaya Engeller		
Fiziki koşulların uygun olmaması	21	14.0
İş yoğunluğu	12	8.0
Ailenin bilgi eksikliği/Eğitim seviyesi	9	6.0
Diğer (Enfeksiyon oranını artırır, ailenin sürece katılmayı reddetmesi, Covid19 nedeniyle kısıtlama, iletişim yetersizliği, ailenin sosyoekonomik düzeyi ve kültürel durumu, idare kaynaklı problemler)	19	12.7

Katılımcıların %90'ı aile merkezli bakım konusunda eğitim almamıştır. %58,7'si çalıştıkları alanda aile merkezli bakım uygulayamayacaklarını, %56'sı çalıştıkları alanda aile merkezli bakım uygulamaya engeller olduğunu düşünmektedir. %91,3'ü hasta çocuğun bakımına ebeveynlerin katılması gerektiğini düşünmektedir.

Katılımcıların (N=77) %7,3'ü aile merkezli bakımı süreçle ilgili verilen bilgi ve eğitimler olarak, %12,7'si hemşire-ebeveyn iş birliği olarak, %0,7'si ebeveyn olma farkındalığının artırılması olarak ve %30,6'sı diğer tanımlamalar (tedavi ve bakım sürecine aileyi dahil etmek, ailenin çocuğun bakımında etkin rol alması, ebeveynlerin bakımın bir parçası olması ve sürekliliğinin sağlanması) olarak tanımlamışlardır.

Çalışılan alanda aile merkezli bakım uygulanabilirliği için örnek olarak; katılımcıların (N=39) %4,7' si ailenin çocuğun tedavisini üstlenmesini, %10,7'si verilen eğitimleri kapsadığını ve %10,7'si diğer örnekleri (çocuğun öz bakım gereksinimlerinin karşılanması, emzirmenin sağlanması, ailenin beslenme sürecine katılması, kanguru bakımının yapılması) cevap vermişlerdir.

Çalışılan alanda aile merkezli bakım uygulamaya engeller için örnek olarak; katılımcıların (N=61) %14'ü fiziki koşulların uygun olmamasını, %8'i iş yoğunluğunu %6'sı ailenin bilgi eksikliği/egitim seviyesini ve %12,7'si diğer örnekleri (enfeksiyon oranını artırır, ailenin sürece katılmayı reddetmesi, Covid-19 nedeniyle kısıtlama, iletişim yetersizliği, ailenin sosyoekonomik düzeyi ve kültürel durumu, idare kaynaklı problemler) cevap vermişlerdir.

Tablo 6.3. Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Aile Merkezli Bakımın Yararlarına İlişkin Görüşleri (N=150)

Görüşler	N	%
Aile merkezli bakım vermenin çocuk için yararlı olduğunu düşünme durumu		
Evet	138	92.0
Hayır	12	8.0
Aile Merkezli Bakımın Çocuk İçin Yararları*		
Çocuk kendini güvende hisseder	19	12,7
Çocuğun tedavi sürecine uyumunu artırır	14	9,3
Mental ve ruh sağlığını olumlu etkiler	13	8,7
Çocuk-ebeveyn bağına artırır	9	6,0
Daha kaliteli/iyi bakım almış olur	8	5,3
Çocuğun yaşam kalitesinin artırır.	5	3,3
Sağlıklı bir toplum için sağlıklı birey yetişir	4	2,7
Stres korku endişenin azalmasını sağlar	4	2,7
Taburculuk sonrası süreci olumlu etkiler	3	2,0
Aile merkezli bakım vermenin ebeveyn için yararlı olduğunu düşünme durumu		
Evet	139	92.7
Hayır	11	7.3
Aile Merkezli Bakımın Ebeveyn İçin Yararları*		
Çocuk-ebeveyn bağına artırır	21	14,0
Ebeveynler bilgi ve beceri kazanır	18	12,0
Ebeveyn özgüveni artar	13	8,7
Sağlık personeline güveni artar	11	7,3
Ebeveyn stresini, korkusunu, endişesini azaltır	9	6,0
Ebeveynlerin farkındalığını artırır	4	2,7
Suçluluk duygusunu azaltır	2	1,3
Aile merkezli bakım vermenin hemşire için yararlı olduğunu düşünme durumu		
Evet	130	86.7
Hayır	20	13.3
Aile Merkezli Bakımın Hemşire İçin Yararları*		
İş kolaylığını sağlar	32	21,4
Daha etkin-kaliteli bakım sunar	10	6,7
Hemşirenin eğitimci rolü gelişir	7	4,7
İşbirliği sağlanmış olur	5	3,3
Diğer (Ebeveyn-hemşire iletişimini kolaylaştırır, iş memnuniyeti artar, empati gücü artar, zamandan tasarruf sağlanır)	10	6,6

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Katılımcıların çalışılan alanda aile merkezli bakımın yararları için verdikleri örneklerin dağılımları tablo 3'te verilmiştir. %92'si aile merkezli bakım vermenin çocuk için yararı olduğunu; %92,7'si aile merkezli bakım vermenin ebeveyn için yararı olduğunu ve %86,7'si aile merkezli bakım vermenin hemşire için yararı olduğunu düşünmektedir.

Çalışmaya katılan 150 hemşireden 79'u aile merkezli bakımın çocuk için yararları konusunda cevap vermiştir. Bu katılımcıların %12,7'si "çocuk kendini güvende hisseder", %9,3'ü "çocuğun tedavi sürecine uyumunu artırır", %8,7'si "mental ve ruh sağlığını olumlu etkiler", %6'sı "çocuk-ebeveyn bağına artırır", %5,3'ü "daha kaliteli/iyi bakım almış olur", %3,3'ü "çocuğun yaşam kalitesini artırır", %2,7 "stres, korku ve endişenin azalmasını sağlar", %2,7'si "sağlıklı bir toplum için sağlıklı birey yetişir", %2'si "taburculuk sonrası süreci olumlu etkiler" cevaplarını iletmiştir.

Çalışmaya katılan 150 hemşireden 78'i aile merkezli bakımın ebeveyn için yararları konusunda cevap vermiştir. Bu katılımcıların %14'ü "çocuk-ebeveyn bağına artırır", %12'si "ebeveynler bilgi ve beceri kazanır", %8,7'si "ebeveyn özgüveni artar", %7,3'ü "sağlık personeline güveni artar", %6'sı "ebeveyn stresini, korkusunu ve endişesini azaltır", %2,7'si "ebeveynlerin farkındalığını artırır", %1,3'ü "suçluluk duygusunu azaltır" ifadeleriyle yararları sıralamışlardır.

Çalışmaya katılan 150 hemşireden 64'ü aile merkezli bakımın hemşire için yararları konusunda cevap vermiştir. Bu katılımcıların %21,4'ü "iş kolaylığını sağlar", %6,7'si "daha etkin/kaliteli bakım sunar", %4,7'si "hemşirenin eğitimci rolü gelişir", %3,3'ü "iş birliği sağlanmış olur", %6,6'sı diğer cevaplar (Ebeveyn-hemşire iletişimini kolaylaştırır, iş memnuniyeti artar, empati gücü artar, zamandan tasarruf sağlanır) olarak ifade etmişlerdir.

Tablo 6.4. Aile Merkezli Bakım Tutum ve Minnesota iş doyumu puan ortalamaları

Ölçek	Ölçek Alt boyutları	Ort±SS (Min-Max)	Ölçekten Alınabilecek En Düşük- En Yüksek Puanlar
Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği	Aile Merkezli Bakım Genel Tutum	4,33±0,57 (1,59-5,00)	1,00-5,00
	Aile Merkezli Bakımın Katkısı	4,30±0,56 (1,75-5,00)	1,00-5,00
	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	4,36±0,61 (1,43-5,00)	1,00-5,00
	Genel Doyum	2,74±0,77 (1,00-4,80)	1,00-5,00
Minnesota İş Doyum Ölçeği	İçsel Doyum	3,01±0,86 (1,00-5,00)	1,00-5,00
	Dışsal Doyum	2,34±0,78 (1,00-4,50)	1,00-5,00

Çalışmada kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarının ortalama puanları tablo 4'te verilmiştir. Aile Merkezli Bakım Genel Tutum puanları ortalama 4.33±0.57, Aile Merkezli Bakımın Katkısı puanları ortalama 4.30±0.56, Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı puanları ortalama 4.36±0.61, Genel Doyum puanları ortalama 2.74±0.77, İçsel Doyum puanları ortalama 3.01±0.86 ve Dışsal Doyum puanları ortalama 2.34±0.078'dir.

Tablo 6.5. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Aile Merkezli Bakım Tutumları ile İş Doyumu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Aile Merkezli Bakım Tutumları Puan Ortalamaları			İş Doyumu Puan Ortalamaları		
	Aile merkezli bakım Genel tutum Ort±SS Med (Min-Max)	Aile Merkezli Bakımın Katkısı Ort±SS Med (Min-Max)	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı Ort±SS Med (Min-Max)	Genel Doyum Ort±SS Med (Min-Max)	İçsel Doyum Ort±SS Med (Min-Max)	Dışsal Doyum Ort±SS Med (Min-Max)
Cinsiyet						
Erkek	4,40±0,46 4,30 (1,59-5,00)	4,31±0,46 4,21 (1,75-5,00)	4,44±0,49 4,25 (/1,43-5,00)	2,43±0,70 2,45 (1,00-3,75)	2,72±0,85 2,70 (1,00-5,00)	1,98±0,62 2,12 (1,00-4,50)
Kadın	4,19±0,71 4,47 (2,83-5,00)	4,17±0,69 4,37 (3,14-5,00)	4,21±0,76 4,53 (2,53-5,00)	2,91±0,76 2,92 (1,00-4,80)	3,16±0,84 3,16 (1,00-5,00)	2,53±0,78 2,50 (1,00-4,50)
Mann Whitney u testi	2177,50	2202,50	2192,00	3,809	3,054	1582,00
P	0,143	0,172	0,158	0,000	0,003	0,000

Tablo 6.5. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Aile Merkezli Bakım Tutumları ile İş Doyumu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devamı)

Özellikler	Aile Merkezli Bakım Tutumları Puan Ortalamaları			İş Doyumu Puan Ortalamaları		
	Aile merkezli bakım Genel tutum Ort±SS Med (Min-Max)	Aile Merkezli Bakımın Katkısı Ort±SS Med (Min-Max)	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı Ort±SS Med (Min-Max)	Genel Doyum Ort±SS Med (Min-Max)	İçsel Doyum Ort±SS Med (Min-Max)	Dışsal Doyum Ort±SS Med (Min-Max)
Medeni durumu						
Evli	4,25±0,60 4,29 (1,59-5,00)	4,23±0,57 4,21 (1,75-5,00)	4,27±0,65 4,23 (1,43-5,00)	2,68±0,70 2,70(1,00-4,60)	2,94±0,78 3,00 (1,00-5,00)	2,29±0,74 2,25 (1,00-4,00)
Bekar	4,45±0,51 4,53 (2,02-5,00)	4,41±0,53 4,53 (2,04-5,00)	4,49±0,52 4,60 (2,00-5,00)	2,83±0,87 2,95 (1,00-4,80)	3,12±0,98 3,25 (1,00-5,00)	2,40±0,84 2,25 (1,00-4,50)
Boşanmış	4,28±0,42 4,51 (3,79-4,55)	4,23±0,48 4,50 (3,68-4,54)	4,33±0,37 4,53 (3,90-4,57)	2,71±0,29 2,60(2,50-3,05)	2,77±0,29 2,75 (2,50-3,05)	2,62±0,45 2,75 (2,13-3,00)
Kruskal Wallis Testi	5,685	4,840	5,354	0,664	0,878	1,146
P	0,058	0,089	0,069	0,516	0,418	0,564

Tablo 6.5. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Aile Merkezli Bakım Tutumları ile İş Doyumu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devamı)

Özellikler	Aile Merkezli Bakım Tutumları Puan Ortalamaları			İş Doyumu Puan Ortalamaları		
	Aile merkezli bakım Genel tutum Ort±SS Med (Min-Max)	Aile Merkezli Bakımın Katkısı Ort±SS Med (Min-Max)	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı Ort±SS Med (Min-Max)	Genel Doyum Ort±SS Med (Min-Max)	İçsel Doyum Ort±SS Med (Min-Max)	Dışsal Doyum Ort±SS Med (Min-Max)
Yaş						
20-25 yaş	4,42±0,38 4,51 (3,47-5,00)	4,38±0,39 4,32 (3,57-5,00)	4,46±0,43 4,56 (3,37-5,00)	2,76±0,78 2,75 (1,25-3,55)	3,02±0,92 2,91 (1,33-5,00)	2,38±0,76 2,25 (1,00-4,50)
26-30yaş	4,31±0,69 4,44 (1,59-5,00)	4,28±0,68 4,32 (1,75-5,00)	4,34±0,72 4,53 (1,43-5,00)	2,72±0,85 2,80 (1,00-4,05)	3,02±0,92 3,008 (1,00-4,58)	2,29±0,87 2,12 (1,00-4,00)
31-35yaş	4,36±0,54 4,39 (2,36-5,00)	4,34±0,53 4,39 (2,46-5,00)	4,38±0,85 4,40 (2,27-5,00)	2,61±0,86 2,50 (1,00-4,60)	2,87±1,00 2,75 (1,00-5,00)	2,21±0,73 2,12 (1,00-4,00)
36 yaş ve üstü	4,28±0,50 4,12 (2,83-5,00)	4,24±0,47 4,03 (3,14-5,00)	4,31±0,56 4,20 (2,53-5,00)	2,87±0,56 2,90 (1,90-4,60)	3,09±0,60 3,16 (2,00-4,75)	2,53±0,69 2,50 (1,25-4,38)
Kruskal Wallis Testi	1,837	2,144	1,296	0,634	0,594	4,601
P	0,607	0,543	0,730	0,364	0,779	0,203
Eğitim Durumu						
Sağlık Meslek Lisesi	4,39±0,37 4,52 (3,78-4,98)	4,34±0,39 4,46 (3,64-5,00)	4,44±0,39 4,53 (3,83-5,00)	2,8±0,81 2,62 (2,00-4,60)	3,02±0,92 2,91 (2,00-5,00)	2,56±0,78 2,43 (1,25-4,00)
Üniversite	4,30±0,58 4,34 (1,59-5,00)	4,27±0,57 4,28 (1,75-5,00)	4,33±0,63 4,40 (1,43-5,00)	2,68±0,75 2,75 (1,00-4,80)	2,96±0,84 3,00 (1,00-5,00)	2,27±0,75 2,25 (1,00-4,50)
Lisansüstü	4,82±0,23 4,93 (2,38-5,00)	4,80±0,22 4,85 (4,36-5,00)	4,84±0,25 5,00 (4,40-5,00)	3,66±0,60 3,80 (2,95-4,60)	3,96±0,68 4,16 (2,83-4,75)	3,21±0,78 3,00 (2,38-4,00)

Tablo 6.5. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Aile Merkezli Bakım Tutumları ile İş Doyumu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devamı)

Özellikler	Aile Merkezli Bakım Tutumları Puan Ortalamaları			İş Doyumu Puan Ortalamaları		
	Aile merkezli bakım Genel tutum Ort±SS Med (Min-Max)	Aile Merkezli Bakımın Katkısı Ort±SS Med (Min-Max)	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı Ort±SS Med (Min-Max)	Genel Doyum Ort±SS Med (Min-Max)	İçsel Doyum Ort±SS Med (Min-Max)	Dışsal Doyum Ort±SS Med (Min-Max)
Kruskal Wallis Testi	7,971	7,731	6,779	5,728	4,700	9,938
P	0,019	0,021	0,034	0,004	0,011	0,007
Çalışma Süresi						
1 yıl ve altı	4,49±0,33 4,53 (4,00-5,00)	4,48±0,38 4,32 (4,00-5,00)	4,5±0,34 4,60 (4,00-5,00)	3,20±0,96 3,20 (1,25-4,80)	3,46±1,07 3,41 (1,33-5,00)	2,82±0,98 2,50 (1,13-4,50)
2-4 yıl	4,26±0,62 4,34 (2,02-5,00)	4,23±0,61 4,28 (2,04-5,00)	4,28±0,66 4,40 (2,00-5,00)	2,69±0,76 2,75 (1,00-4,05)	2,96±0,89 3,00 (1,00-4,58)	2,28±0,75 2,12 (1,00-4,00)
5-7 yıl	4,38±0,63 4,43 (1,59-5,00)	4,35±0,63 4,35 (1,75-5,00)	4,41±0,65 4,53 (1,43-5,00)	2,53±0,64 2,47 (1,30-3,85)	2,84±0,74 2,79 (2,50-4,42)	2,08±0,59 2,12 (1,00-3,20)
8 yıl ve üstü	4,32±0,54 4,35 (2,36-5,00)	4,29±0,52 4,32 (2,46-5,00)	4,36±0,6 4,46 (2,27-5,00)	2,81±0,78 2,87 (1,00-4,60)	3,05±0,85 3,12 (1,00-5,00)	2,45±0,81 2,50 (1,00-4,38)
Kruskal Wallis Testi	1,680	2,549	1,169	2,706	1,751	8,134
P	0,641	0,466	0,760	0,048	0,159	0,043
Çalışılan Birim						
Servis	4,42±0,45 4,65 (2,83-5,00)	4,39±0,45 4,37 (3,14-5,00)	4,44±0,49 4,51 (2,53-5,27)	2,88±0,72 2,95 (1,00-4,60)	3,12±0,83 3,12 (1,00-4,75)	2,53±0,70 2,50 (1,00-4,38)
PICU	3,93±0,95 4,08 (1,59-5,00)	3,95±0,93 4,10 (1,75-5,00)	3,91±0,99 4,11 (1,43-5,00)	2,38±0,93 2,21 (1,00-4,80)	2,61±0,99 2,66 (1,00-5,00)	2,04±0,98 1,87 (1,00-4,50)

Tablo 6.5. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Aile Merkezli Bakım Tutumları ile İş Doyumu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devamı)

Özellikler	Aile Merkezli Bakım Tutumları Puan Ortalamaları			İş Doyumu Puan Ortalamaları		
	Aile merkezli bakım Genel tutum Ort±SS Med (Min-Max)	Aile Merkezli Bakımın Katkısı Ort±SS Med (Min-Max)	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı Ort±SS Med (Min-Max)	Genel Doyum Ort±SS Med (Min-Max)	İçsel Doyum Ort±SS Med (Min-Max)	Dışsal Doyum Ort±SS Med (Min-Max)
NICU	4,29±0,42 4,22 (3,57-5,00)	4,22±0,42 4,08 (3,61-5,00)	4,35±0,46 4,30 (3,53-5,00)	2,66±0,72 2,50 (1,00-4,00)	2,99±0,86 2,91 (1,00-5,00)	2,18±0,74 2,12 (1,00-4,00)
Ara Yoğun Bakım	4,59±0,36 4,70 (4,00-5,00)	4,5±0,40 4,51 (3,96-5,00)	4,68±0,38 4,85 (4,00-5,00)	2,59±0,84 2,48 (1,80-4,60)	2,91±0,96 2,83 (1,92-5,00)	2,11±0,76 2,06 (1,13-4,00)
Acil Yoğun Bakım	4,37±0,28 4,44 (4,00-4,72)	4,26±0,35 4,32 (3,86-4,75)	4,47±0,27 4,56 (4-4,7)	2,56±0,53 2,75 (1,70-3,10)	2,83±0,71 2,91 (1,75-3,50)	2,15±0,37 2,12 (1,63-2,50)
Diğer	4,61±0,34 4,77 (3,83-4,93)	4,58±0,31 4,67 (3,82-4,89)	4,64±0,37 4,83 (3,83-5,00)	3,08±0,66 3,10 (2,15-4,10)	3,37±0,61 3,41 (2,58-4,50)	2,65±0,77 2,50 (1,50-3,50)
Kruskal Wallis Testi	10,968	9,895	10,879	2,201	1,733	17,698*
P	0,052	0,078	0,054	0,057	0,131	0,003
Birimde Çalışma Süresi						
1 yıl ve altı	4,33±0,47 4,43 (3,17-5,00)	4,31±0,48 4,28 (3,14-5,00)	4,35±0,50 4,36 (3,2-5,00)	2,88±0,71 2,95 (1,00-4,10)	3,16±0,81 3,16 (1,00-5,00)	2,47±0,76 2,37 (1,00-4,00)
2-4 yıl	4,24±0,674,31 (1,59-5,00)	4,21±0,64 4,28 (1,75-5,00)	4,28±0,72 4,40 (1,43-5,27)	2,70±0,85 2,65 (1,00-4,80)	2,95±0,95 2,96 (1,00-5,00)	2,32±0,84 2,12 (1,00-4,50)

Tablo 6.5. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Aile Merkezli Bakım Tutumları ile İş Doyumu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devamı)

Özellikler	Aile Merkezli Bakım Tutumları Puan Ortalamaları			İş Doyumu Puan Ortalamaları		
	Aile merkezli bakım Genel tutum Ort±SS Med (Min-Max)	Aile Merkezli Bakımın Katkısı Ort±SS Med (Min-Max)	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı Ort±SS Med (Min-Max)	Genel Doyum Ort±SS Med (Min-Max)	İçsel Doyum Ort±SS Med (Min-Max)	Dışsal Doyum Ort±SS Med (Min-Max)
5-7 yıl	4,56±0,43 4,67 (3,79-5,00)	4,54±0,46 4,75 (3,68-5,00)	4,58±0,44 4,53 (3,77-5,00)	2,60±0,75 2,55 (1,30-4,60)	2,85±0,82 2,83 (1,33-4,75)	2,22±0,79 2,12 (1,00-4,38)
8 yıl ve üstü	4,44±0,42 4,51 (3,86-5,00)	4,37±0,41 4,42 (3,86-5,00)	4,5±0,45 4,53 (3,73-5,00)	2,81±0,56 3,00 (1,70-3,75)	3,12±0,66 3,25 (1,75-4,25)	2,36±0,57 2,37 (1,25-3,38)
P	0,126	0,125	0,188	0,481	0,458	0,422
Unvan						
Sorumlu Hemşire	4,59±0,36 4,59 (3,83-5,00)	4,57±0,34 4,57 (3,82-5,00)	4,62±0,43 4,56 (3,83-5,00)	2,91±0,90 2,75 (1,25-4,60)	3,11±1,04 2,91 (1,33-5,00)	2,60±0,77 2,75 (1,13-4,00)
Hemşire	4,32±0,58 4,37 (1,59-5,00)	4,29±0,57 4,28 (1,75-5,00)	4,35±0,62 4,46 (1,43-5,00)	2,73±0,77 2,75 (1,00-4,80)	3,00±0,85 3,00 (1,00-5,00)	2,33±0,78 2,25 (1,00-4,50)
Mann Whitney u testi	497,50	490,50	523,50	0,686	0,389	529,50*
P	0,127	0,114	0,182	0,494	0,698	0,198

Tablo 6.5. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Aile Merkezli Bakım Tutumları ile İş Doyumu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devamı)

Özellikler	Aile Merkezli Bakım Tutumları Puan Ortalamaları			İş Doyumu Puan Ortalamaları		
	Aile merkezli bakım Genel tutum Ort±SS Med (Min-Max)	Aile Merkezli Bakımın Katkısı Ort±SS Med (Min-Max)	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı Ort±SS Med (Min-Max)	Genel Doyum Ort±SS Med (Min-Max)	İşsel Doyum Ort±SS Med (Min-Max)	Dışsal Doyum Ort±SS Med (Min-Max)
Çalışılan Birimden Memnun Olma durumu						
Evet	4,34±0,51 4,37 (2,02-5,00)	4,31±0,50 4,28 (2,04-5,00)	4,37±0,55 4,40 (2,00-5,00)	2,82±0,74 2,82 (1,00-4,60)	3,08±0,84 3,08 (1,00-5,00)	2,43±0,73 2,37 (1,00-4,38)
Hayır	4,32±0,80 4,53 (1,59-5,00)	4,26±0,76 4,44 (1,75-5,00)	4,37±0,84 4,58 (1,43-5,00)	2,40±0,85 2,35 (1,00-4,80)	2,69±0,92 2,66 (1,00-5,00)	1,98±0,87 1,81 (1,00-4,50)
Mann Whitney u testi	1531,00	1606,50	1456,50	2,614	2,225	1115,50*
P	0,393	0,624	0,223	0,010	0,028	0,004

Katılımcıların cinsiyet, yaş, unvan ve medeni durumlarına, çalışılan birime, mesleki çalışma sürelerine, birimde çalışma sürelerine, çalışılan birimden memnuniyetlerine göre Aile Merkezli Bakım Genel Tutum, Aile Merkezli Bakımın Katkısı ve Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre; Aile Merkezli Bakım Genel Tutum, Aile Merkezli Bakımın Katkısı, Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Lisansüstü eğitim alan katılımcıların Aile Merkezli Bakım Genel Tutum, Aile Merkezli Bakımın Katkısı, Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı puan ortalamaları diğer katılımcılardan daha yüksektir.

Katılımcıların cinsiyetlerine, eğitim durumlarına ve çalışılan birimden memnuniyetlerine göre Genel Doyum, İçsel Doyum ve Dışsal Doyum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Kadın katılımcıların Genel Doyum, İçsel Doyum ve Dışsal Doyum puan ortalamaları erkek katılımcılara göre daha yüksektir. Lisansüstü eğitim alan katılımcıların Dışsal Doyum puan ortalamaları diğer katılımcılardan daha yüksektir. Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre Lisansüstü eğitim alan katılımcıların Genel Doyum ve İçsel Doyum puan ortalamaları üniversite mezunu olan katılımcılardan daha yüksektir. Çalıştıkları birimden memnun olan katılımcıların Genel Doyum, İçsel Doyum ve Dışsal Doyum puan ortalamaları çalıştıkları birimden memnun olmayan katılımcılara göre daha yüksektir.

Katılımcıların yaş, unvan, medeni durumlarına ve birimde çalışma sürelerine göre Genel Doyum, İçsel Doyum ve Dışsal Doyum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Katılımcıların çalışma sürelerine göre İçsel Doyum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Katılımcıların çalışma sürelerine göre Genel Doyum ve Dışsal Doyum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre çalışma süresi 1 yıl ve altı olan katılımcıların Genel Doyum puan ortalamaları çalışma süresi 5-7 yıl ile 8 yıl ve üstü olan katılımcılardan daha yüksektir. Çalışma süresi 1 yıl ve altı olan katılımcıların dışsal doyum puan ortalamaları diğer katılımcılardan daha yüksektir.

Katılımcıların çalıştıkları birimlerine göre Genel Doyum ve İçsel Doyum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Katılımcıların çalıştıkları birimlerine göre Dışsal Doyum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Diğer birimlerde çalışan katılımcıların Dışsal Doyum puan ortalamaları diğer katılımcılardan daha yüksektir.

Tablo 6. 6. Hemşirelerin Aile Merkezli Bakıma İlişkin Eğitim ve Uygulama Durumları ile Aile Merkezli Bakım Tutumları ve İş Doyumu Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler	Aile Merkezli Bakım Tutumları Puan Ortalamaları			İş Doyumu Puan Ortalamaları		
	Aile merkezli bakım Genel tutum Ort±SS Med (Min-Max)	Aile Merkezli Bakımın Katkısı Ort±SS Med (Min-Max)	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı Ort±SS Med (Min-Max)	Genel Doyum Ort±SS Med (Min-Max)	İçsel Doyum Ort±SS Med (Min-Max)	Dışsal Doyum Ort±SS Med (Min-Max)
Aile Merkezli Bakım Konusunda Eğitim Alma Durumu						
Evet	4,52±0,59 4,62 (2,83-5,00)	4,48±0,53 4,71 (3,14-5,00)	4,55±0,69 4,83 (2,53-5,00)	2,91±0,60 2,85 (1,85-4,05)	3,23±0,69 3,25 (1,92-4,58)	2,44±0,70 2,37 (1,50-3,88)
Hayır	4,32±0,57 4,36 (1,59-5,00)	4,28±0,56 4,28 (1,75-5,00)	4,35±0,60 4,50 (1,43-5,00)	2,72±0,80 2,75 (1,00-4,80)	2,98±0,89 3,00 (1,00-5,00)	2,33±0,79 2,25 (1,00-4,50)
Mann Whitney u testi	736,00	767,50	723,50	0,891	1,038	942,50
P	0,083	0,124	0,069	0,374	0,301	0,661
Alanda Aile Merkezli Bakım Uygulayabilme Durumu						
Evet	4,37±0,42 4,32 (3,57-5,00)	4,36±0,42 4,26 (3,61-5,00)	4,39±0,5 4,40 (3,53-5,00)	2,84±0,65 2,82 (1,25-4,10)	3,10±0,73 3,16 (1,33-4,58)	2,44±0,69 2,37 (1,13-4,00)
Hayır	4,35±0,36 4,49 (1,59-5,00)	4,33±0,38 4,33 (1,75-5,00)	4,37±0,41 4,53 (1,43-5,00)	2,68±0,84 2,72 (1,00-4,80)	2,95±0,94 2,95 (1,00-5,00)	2,27±0,83 2,25 (1,00-4,50)
Mann Whitney u testi	2643,00	2598,50	2714,50	1,235	1,052	2377,50*
P	0,746	0,621	0,959	0,219	0,295	0,180

Tablo 6.6. Hemşirelerin Aile Merkezli Bakıma İlişkin Eğitim ve Uygulama Durumları ile Aile Merkezli Bakım Tutumları ve İş Doyumu Puan Ortalamalarının Dağılımı (devamı)

Özellikler	Aile Merkezli Bakım Tutumları Puan Ortalamaları			İş Doyumu Puan Ortalamaları		
	Aile merkezli bakım Genel tutum Ort±SS Med (Min-Max)	Aile Merkezli Bakımın Katkısı Ort±SS Med (Min-Max)	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı Ort±SS Med (Min-Max)	Genel Doyum Ort±SS Med (Min-Max)	İçsel Doyum Ort±SS Med (Min-Max)	Dışsal Doyum Ort±SS Med (Min-Max)
Aile Merkezli Bakım Uygulamaya Yönelik Engel Olduğunu Düşünme Durumu						
Evet	4,39±0,42 4,43 (1,59-5,00)	4,37±0,43 4,32(1,75-5,00)	4,42±0,45 4,53 (1,43-5,00)	2,61±0,72 2,60 (1,00-4,80)	2,89±0,82 2,91 (1,00-5,00)	2,20±0,72 2,12 (1,00-4,50)
Hayır	4,3±0,66 4,38 (2,83-5,00)	4,26±0,63 4,28 (3,14-5,00)	4,33±0,7 4,40 (2,53-5,00)	2,91±0,81 2,97 (1,00-4,60)	3,17±0,90 3,20 (1,00-5,00)	2,53±0,81 2,50 (1,00-4,38)
Mann Whitney u testi	2679,50	2545,00	2731,50	-2,380	-1,985	2016,50p
P	0,726	0,390	0,878	0,019	0,049	0,004
Bakıma Ebeveyn Katılımı Olmasını Destekleme Durumu						
Evet	4,41±0,44 4,44 (2,83-5,00)	4,37±0,44 4,35 (3,14-5,00)	4,44±0,47 4,53 (2,53-5,00)	2,76±0,75 2,75 (1,00-4,80)	3,03±0,82 3,00 (1,00-5,00)	2,36±0,77 2,25 (1,00-4,50)
Hayır	3,59±1,10 3,89 (1,59-5,00)	3,59±1,01 3,85 (1,75-5,00)	3,6±1,19 3,83 (1,43-5,00)	2,53±1,02 2,45 (1,00-4,00)	2,76±1,24 2,83 (1,00-5,00)	2,71±0,86 2,12 (1,00-4,00)
Mann Whitney u testi	477,50	465,00	501,00	1,056	0,762	748,50
P	0,006	0,004	0,009	0,293	0,460	0,342

Katılımcıların aile merkezli eğitim alma durumlarına, çalıştıkları alanda aile merkezli bakım uygulanabilirliğine ve çalıştıkları alanda aile merkezli bakım uygulamada engeller olduğunu düşünme durumuna göre Aile Merkezli Bakım Genel Tutum, Aile Merkezli Bakımın Katkısı, Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Katılımcıların, ebeveynlerin hasta çocuğun bakımına katılması durumuna göre Aile Merkezli Bakım Genel Tutum, Aile Merkezli Bakımın Katkısı ve Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Ebeveynlerin hasta çocuğun bakımına katılması gerektiğini düşünen katılımcıların Aile Merkezli Bakım Genel Tutum, Aile Merkezli Bakımın Katkısı ve Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı puan ortalamaları diğer katılımcılara göre daha yüksektir.

Katılımcıların aile merkezli eğitim alma durumlarına, çalıştıkları alanda aile merkezli bakım uygulanabilirliğine göre Genel Doyum, İçsel Doyum ve Dışsal Doyum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Katılımcıların çalıştıkları alanda aile merkezli bakım uygulamada engeller bulunma durumuna göre Genel Doyum, İçsel Doyum ve Dışsal Doyum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Çalıştıkları alanda aile merkezli bakım uygulamada engellerin olmadığını düşünen katılımcıların Genel Doyum, İçsel Doyum ve Dışsal Doyum puan ortalamaları diğer katılımcılara göre daha yüksektir.

Katılımcıların ebeveynlerin hasta çocuğun bakımına katılması durumuna göre Genel Doyum, İçsel Doyum ve Dışsal Doyum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 6.7. Hemşirelerin Aile Merkezli Bakımın Yararlarına İlişkin Görüşleri ile Aile Merkezli Bakım tutumları ve İş Doyumu puan Ortalamalarının Dağılımları

Özellikler	Aile Merkezli Bakım Tutumları Puan Ortalamaları			İş Doyumu Puan Ortalamaları		
	Aile merkezli bakım Genel tutum Ort±SS Med (Min-Max)	Aile Merkezli Bakımın Katkısı Ort±SS Med (Min-Max)	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı Ort±SS Med (Min-Max)	Genel Doyum Ort±SS Med (Min-Max)	İçsel Doyum Ort±SS Med (Min-Max)	Dışsal Doyum Ort±SS Med (Min-Max)
Aile Merkezli Bakım Vermenin Çocuk İçin Yararı Olduğunu Düşünme Durumu						
Evet	4,40±0,44 4,44 (2,83-5,00)	4,37±0,44 4,35 (3,014-5,00)	4,43±0,47 4,51 (2,53-5,00)	2,77±0,75 2,75 (1,00-4,80)	3,03±0,83 3,00 (1,00-5,00)	1,96±0,69 2,25 (1,00-4,50)
Hayır	3,56±1,14 3,84 (1,59-5,00)	3,52±1,04 3,76 (1,75-5,00)	3,6±1,25 3,83 (1,43-5,00)	2,41±0,95 2,42 (1,00-4,00)	2,71±1,22 2,70 (1,00-5,00)	2,07±0,42 1,93 (1,00-3,50)
Mann Whitney u testi	457,50	404,50	525,50	1,569	1,250	580,50
P	0,010	0,003	0,035	0,119	0,213	0,086
Aile Merkezli Bakım Vermenin Ebeveyn İçin Yararı Olduğunu Düşünme Durumu						
Evet	4,40±0,45 4,44 (2,83-5,00)	4,36±0,45 4,35 (3,14-5,00)	4,43±0,48 4,50 (2,53-5,00)	2,78±0,75 2,75 (1,00-4,80)	3,04±0,82 3,00 (1,00-5,00)	1,88±0,59 2,25 (1,00-4,50)
Hayır	3,60±1,19 3,89 (1,59-5,00)	3,57±1,09 3,85 (1,75-5,00)	3,62±1,30 3,83 (1,43-5,00)	2,33±0,99 2,05 (1,00-4,00)	2,60±1,29 2,50 (1,00-5,00)	2,29±0,78 2,00 (1,00-3,50)
Mann Whitney u testi	460,50	420,50	521,00	1,864	1,115	508,00
P	0,028	0,013	0,078	0,064	0,290	0,064

Tablo 6.7. Hemşirelerin Aile Merkezli Bakımın Yararlarına İlişkin Görüşleri ile Aile Merkezli Bakım tutumları ve İş Doyumu puan Ortalamalarının Dağılımları (devamı)

Özellikler	Aile Merkezli Bakım Tutumları Puan Ortalamaları			İş Doyumu Puan Ortalamaları		
	Aile merkezli bakım Genel tutum Ort±SS Med (Min-Max)	Aile Merkezli Bakımın Katkısı Ort±SS Med (Min-Max)	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı Ort±SS Med (Min-Max)	Genel Doyum Ort±SS Med (Min-Max)	İçsel Doyum Ort±SS Med (Min-Max)	Dışsal Doyum Ort±SS Med (Min-Max)
Aile Merkezli Bakım Vermenin Hemşire İçin Yararı Olduğunu Düşünme Durumu						
Evet	4,43±0,43 4,28 (2,83-5,00)	4,39±0,43 4,39 (3,14-5,00)	4,46±0,46 4,53 (2,53-5,00)	2,78±0,74 2,80 (1,00-4,60)	3,05±0,81 3,04 (1,00-5,00)	2,46±0,85 2,25 (1,00-4,38)
Hayır	3,75±0,94 3,90 (1,59-5,00)	3,72±0,88 3,82 (1,75-5,00)	3,77±1,02 3,91 (1,43-5,00)	2,49±0,94 2,32 (1,00-4,80)	2,75±1,13 2,54 (1,00-5,00)	2,05±0,53 2,06 (1,00-4,50)
Mann Whitney u testi	655,50	628,00	744,00	1,605	1,425	970,00
P	0,000	0,000	0,002	0,111	0,156	0,068

Katılımcıların, aile merkezli bakım vermenin çocuk, ebeveyn ve hemşire yararına olması durumlarına göre Aile Merkezli Bakım Genel Tutum, Aile Merkezli Bakımın Katkısı ve Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Aile merkezli bakım vermenin çocuk, ebeveyn ve hemşire için yararlı olduğunu düşünen katılımcıların Aile Merkezli Bakım Genel Tutum, Aile Merkezli Bakımın Katkısı ve Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı puan ortalamaları diğer katılımcılara göre daha yüksektir.

Katılımcıların, aile merkezli bakım vermenin çocuk, ebeveyn ve hemşire yararına olması durumuna göre Genel Doyum, İçsel Doyum ve Dışsal Doyum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).



Tablo 6.8. Aile Merkezli Bakıma İlişkin Tutumları ile İş Doyumları Arasındaki İlişki

		Genel Doyum	İçsel Doyum	Dışsal Doyum
Aile Merkezli Bakım Genel Tutum	r	0,127	0,176**	0,037
	p	0,120	0,031	0,654
Aile Merkezli Bakımın Katkısı	r	0,128	0,175**	0,045
	p	0,118	0,032	0,585
Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	r	0,094	0,147	-0,002
	p	0,255	0,073	0,983

**p<0,05

*p<0,01

Katılımcıların aile merkezli bakıma ilişkin tutumları ile iş doyumları arasındaki ilişkiyi tespit etmek için korelasyon analizi uygulanmış ve sonuçlar tablo 6.8’de verilmiştir.

Yapılan korelasyon analizi sonucunda Aile Merkezli Bakım Genel Tutum ile İçsel Doyum arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve çok zayıf bir ilişki tespit edilmiştir (p:0,031).

Yapılan korelasyon analizi sonucunda Aile Merkezli Bakımın Katkısı ile İçsel Doyum arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve çok zayıf bir ilişki tespit edilmiştir (p:0,032).

7. TARTIŞMA

Bu bölümde; çocuk hemşirelerinin aile merkezli bakıma ilişkin tutumlarının iş doyumuna etkisinin incelendiği araştırmanın bulgu ve sonuçlarının tartışılmasına yer verilmiştir. Literatür incelendiğinde iş doyumunun genelde motivasyon teorileriyle birlikte incelendiği görülmüştür. Aile merkezli bakıma ilişkin tutum ile iş doyum düzeyinin birlikte ele alındığı aynı türde çalışmalara rastlanmadığından araştırma sonuçları yakın çalışma sonuçları ile karşılaştırılmıştır.

7.1.İş Doyumu Bulgularının Karşılaştırılması

İş doyumunu; genellikle bir bireyin beklentileri ile bireyin gerçekte yaşadıkları arasındaki farkın bir sonucudur. İşine beslediği duygusal yönelim, ya işle ilgili küresel bir duygu olarak ya da işin çeşitli yönleri hakkındaki tutumları olarak tanımlanabilir (45). Çalışılan iş yerinde işini severek yapmak, işinden zevk almak ve işinden mutlu olmaktır. Bireysel etmenler, iş yerindeki şartlar ve olanaklardan etkilenmektedir (43). Hemşirelik mesleğinin temel noktası ve ana dayanağını bakım verme davranışı oluşturmaktadır (2). Hemşirelerin iş doyum düzeylerinin yüksek olduğu bir kurumda verilecek hizmet kalitesi de yüksek olur (30). Hemşirelerin iş doyumunu artırmak hayati önem taşımakla birlikte hasta bakım kalitesi algılarını iyileştirme ve yeterli hemşirelik iş gücü sağlama potansiyeline sahiptir (46). Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi, Herzberg'in Çift Faktör Teorisi gibi birçok çalışmayla iş doyum kavramı açıklanmaya çalışılmıştır (35). İş doyum düzeyinin belirlenmesinde en çok başvurulan yöntem işin farklı yönleriyle ilgili sorulardan meydana gelen ölçekler kullanılmıştır (40).

İçsel doyum, çalışma esnasında hissedilen doyumdur. Başarı, tanınma, takdir edilme, işin kendisi ve sorumluluğu, işte terfi ya da terfiye bağlı görev değişikliği gibi işin içsel nitelikli tatmin öğelerini oluşturmaktadır. Dışsal doyum, iş çevresine ait

öğeleri kapsamaktadır. Kurum politikası ve yönetimi, denetim şekli, yönetici ve astlarla ilişkiler, çalışma ortamı ve koşulları ve ekonomik gelir bu öğelere örnektir. Genel iş doyumu ise, içsel ve dışsal iş doyumunu kapsamaktadır (30,43).

Hemşirelerin iş doyum düzeylerini sosyo-demografik özellikler etkileyebilmektedir (33). Araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde çoğunluğun genç yaş grubunda ve lisans seviyesinde eğitime sahip olduğu; yarıdan fazlasının erkek, evli ve servis hemşiresi olduğu, 8 yıl ve üstü arasında mesleki deneyime sahip olduğu ve çalıştığı birimde 2-4 yıl arasında hemşire olarak devam ettiği belirlenmiştir (Tablo 6.1). Hemşirelikle ilgili araştırma sonuçlarının genelinde kadın hemşirelerin sayısı ağırlıktadır (10,34,55). Bu çalışmada erkek hemşirelerin sayısının daha fazla olmasının nedeni, 1954 tarihli 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu'nda 2007 yılında yapılan değişiklik ile cinsiyet ayrımının Hemşirelik mesleğinde kaldırılmasıyla gittikçe bu meslekte erkek hemşire sayısının artmasının ve Covid-19 Salgını nedeniyle gebe kadın hemşirelerin erken idari izne çıkmalarının etkili olduğu düşünülmektedir. 2007 yılında yapılan diğer bir değişiklikte; Hemşirelik mesleğinin lisans seviyesinde eğitim düzeyine çıkarılması ile lisans mezunu sayısı zamanla artmaktadır.

İş doyumu ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok araştırma yapılmıştır. Karataş (2019)'ın ve Kufacı (2019)'nın çalışmalarında cinsiyet ile iş doyumu arasında bir ilişkisi bulunmamıştır (35,33). Araştırmamızda kadın katılımcıların genel iş doyumu, İçsel doyum ve dışsal doyum puan ortalamaları erkek katılımcılara göre daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 6.5). Akkaş (2018), erkek hemşirelerin içsel doyum, dışsal doyum ve genel iş doyumu düzeylerinin kadın hemşirelerden daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (40). Sına (2019), Nijer'de üç farklı hastanede gerçekleştirdiği

çalışmada kadınların genel iş doyumu ile dışsal iş doyumunun erkeklerden daha yüksek olduğunu bulmuştur (43). Bu çalışma bulguları araştırmamızı desteklemektedir. Bu farklılığın kadınların evdeki sorumluluklarının fazla olması ve işe yansımından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kadınların beklentilerinin farklı olmasından da kaynaklanmış olabilir. Araştırmamızda, katılımcıların medeni durumlarına göre genel doyum, içsel doyum ve dışsal doyum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 6.5). Farklı çalışmalarda da medeni durumun iş doyumu üzerinde etkisi olmadığı belirtilmiştir (33,43,55). Yaş ile iş doyumu arasındaki ilişkiyle ilgili farklı görüşler vardır (40). Literatürde, genel olarak yaş arttıkça iş doyumunun arttığını gösteren çalışmalar çoğunluktadır (40,54). Araştırmamızda; genel doyum, içsel doyum ve dışsal doyum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 6.5). Sina (2019), sağlık çalışanlarında içsel, dışsal ve genel iş doyumu puan ortalamaları açısından oluşturulan yaş grupları arasında önemli bir fark olmadığını bulmuştur (43). Yapılan bazı çalışmalarda, hemşirelerde yaşı ile iş doyumunu etkilemediğini saptamışlardır (41,54,55). Akkaş (2018) ve Atmaca Palazoğlu (2016) ise yaş arttıkça iş doyumunun arttığı görülmüştür (40,31). Konuya ilişkin çalışma bulgularımız, anlamlı bir fark tespit edilememiş olsa da yaş ilerledikçe iş doyum puanlarının arttığını göstermektedir. Bu durumun tesadüfi de olabileceği düşünüldü.

Hemşirelerin öğrenim seviyeleri yükseldikçe hastalarına holistik ve humanistik bir yaklaşımla bakım vermeleri beklenmekte ve bunun sonucu olarak iş doyumunun artması beklenmektedir (41). Literatür incelendiğinde eğitim düzeyinin iş doyumunu negatif, pozitif veya etkilemediği farklı çalışma sonuçları mevcuttur. Hemşirelerde eğitim seviyesi yükseldikçe terfi ve ücret gibi beklentilerinin de arttığı ve bu

beklentilerin çoğunlukla karşılanmadığı için doyum düzeylerinin olumsuz etkilendiği görülmüştür (31,40,43). Çalışma ortamında eğitim düzeylerine göre hemşirelerin görev tanımlarının belirli olmamasından kaynaklı eğitim değişkeninin iş doyum düzeyini etkilemediği çalışmalar da mevcuttur (15,33,41). Çalışmamızda, lisansüstü eğitime sahip katılımcıların içsel, dışsal ve genel doyumlarının daha yüksek olduğunu görüyoruz (Tablo 6.5; $p<0.05$). Hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça tüm boyutlardaki doyum düzeylerinin de arttığını ifade eden çalışmalarda mevcuttur (56). Eğitim düzeyi arttıkça mesleği sahiplenici duygusu gelişen, donanımlı, kendine güvenen, otonomi sahibi ve bilinçli hareket eden hemşire sayısı da artacaktır. Meslekte yıllandıkça edinilen iş tecrübesine bağlı iş doyumunun arttığı belirtilmektedir (40,41). Can (2020) ve Sına (2019) yaptıkları çalışmalarda; meslekte çalışma yılının iş doyumlarını etkilemediğini belirtmişlerdir (54,43). Çalışmamızda katılımcıların çalışma sürelerine göre içsel doyum puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı, genel doyum ve dışsal doyum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Meslekte bir yıl ve altı çalışanların genel doyum ve dışsal doyum düzeyleri daha yüksektir (Tablo 6.5). Genç hemşirelerin yükselme ve iş güvencesi bakımından mesleğe hevesle başladığı, sarıldığı, heyecan ve beklentilerinin yüksek olduğu, genç ve dinamik olma etkisi ile gibi nedenlerle çalışmamızda böyle bir sonuca varılmış olduğu düşünülmüştür. Bu duruma karşın genç hemşirelerin zamanla beklentileri karşılanmadığı için mesleki tükenmişlikle iş doyumsuzluğu ihtimalinin de yüksek olabileceği öngörülmektedir. Kufacı (2019) çalışmasında da mesleki deney ile iş doyumunu arasında anlamlı olmayan bir fark bulmuştur (33). Sağlıklı bir çalışma ortamı, güven ve güç verici ve tatmin edici bir iş yeridir (44). Araştırmamızda çalışılan birime göre katılımcıların genel doyum ve içsel doyum puan ortalamaları arasında

anlamli fark yokken dişsal doyum puan ortalamaları arasında anlamli fark vardır. Diğer birimlerde çalışanların dişsal doyumları daha yüksektir (Tablo 6.5). Bu durumun diğer birimlerde (EEG, kan alma, aşı odası vb.) alışanların çalışma ortamlarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Tre Yılmaz (2016), araştırmamızla benzer bulgular elde etmiştir (15). Kufacı (2019) alışmamızın aksine çalışılan birimin iş doyumunu etkilemediğini bulmuştur (33). Araştırmamızda, birimde çalışma süresine ve unvana göre genel doyum, içsel doyum ve dişsal doyum puan ortalamaları arasında anlamli bir fark bulunmamıştır (Tablo 6.5; $p<0.05$). Çalıştıkları birimden memnun olan katılımcıların genel doyum, içsel doyum ve dişsal doyum puan ortalamaları çalıştıkları birimden memnun olmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamli şekilde daha yüksektir (Tablo 6.5; $p<0.05$). Atmaca Palazoglu (2016) da çalışmasında, hemşirelerin çalıştığı bölümden memnun olma durumlarının iş doyumunu üzerinde olumlu olarak etkili olduğunu belirlemiştir (31). Memnuniyet ve işini severek yapma, iş doyumunu olumlu yönde etkileyen faktörler arasındadır. Bu bilgiler ışığında çalışmamız bulgusunun beklendik olduğu söylenbilir.

7.2. Aile Merkezli Bakım Tutum Bulgularının Tartışılması

Aile merkezli bakım; ailenin çocuğun yaşamında varlığının kabul edilmesi, çocuğun bakımı ve tedavisinde kararlara katılımının aktif sağlanmasıya dayanır (23). ocuk hemşireliğinin bakım uygulamaları bu temelde gelişmektedir. ocuk kliniklerinde aileye özellikle ihtiyaç duyulur. Bu durum çocukların kendi gereksinimlerini yerine getirememeleri ve ebeveynlerini her zaman yanlarında istemelerinden kaynaklanır. Bu bakım modelinin uygulanabilmesi için öncelikle ocuk hemşirelerinin AMB uygulamaları hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olması gerekir (3,5,47,49). Bununla birlikte literatüre bakıldığında AMB uygulamalarının istendik düzeyde gerekleştirilememesinde çeşitli engeller olduğunu görmek

mümkündür. Aile merkezli bakıma yönelik bilgi ve uygulamalarının istendik düzeyde olmaması bu engellerin başında gelir (50). Çalışmamızda benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmamıza katılan çocuk hemşirelerin büyük çoğunluğu (%90) AMB konusunda eğitim almadığı belirlendi (Tablo 6.2). Tabakçioğlu (2019), İstanbul ilinde üç hastanenin pediatri kliniklerinde gerçekleştirdiği araştırmasında hemşirelerin %79'u aile merkezli bakım konusunda eğitim almadıklarını belirtmişlerdir (3). Çalışmamızda 150 hemşireden 19'u aile merkezli bakımı “hemşire-ebeveyn iş birliği”, 11'i “süreçle ilgili verilen bilgi ve eğitimler”, 1'i “ebeveyn olma farkındalığının artırılması” ve 46'sı diğer tanımlamalar (ailenin çocuğun bakımında etkin rol alması, ebeveynlerin bakımın bir parçası olması ve sürekliliğinin sağlanması, tedavi ve bakım sürecine aileyi dahil etmek) olarak cevap vermişlerdir (Tablo 6.2). Katılımcıların büyük çoğunluğunun AMB kavramını açıklayamamaları, AMB konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve eğitim almadıklarının kanıtı olarak düşünülebilir. Günay ve ark. (2017) yaptığı yarı deneysel çalışmasında eğitim öncesinde hemşireler (N=11) AMB'yi evde yapılan bir uygulama, ailenin çocuğun bakım ve tedavisine dahil edilmesi, aileye destek ve bilgi verme; hekimler (N=4) ise aileyi ve çocuğu bilgilendirmek, gerektiğinde aileden yardım istemek şeklinde tanımlamışlardır. Dur ve ark. (2016) çalışmasına katılan çocuk hemşirelerinin %64,3'ü, Öztürk Şahin ve ark. (2020) çalışmasına katılan hemşirelerin ise %57,8'i AMB hakkında bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir (47, 49). Türkmen Çoban ve Kuzlu Ayyıldız (2017), çocuk hemşireleriyle yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin %81,5'inin ebeveynlerin bakıma katılımı ile ilgili bilgi sahibi olmadıkları sonucuna varmıştır (52). Karşılaştırma yaptığımızda görüldüğü gibi hemşirelerin aile merkezli

bakıma ilişkin bilgilerinin yeterli olmadığı söylenebilir. Bu durum mesleki eğitim kapsamında AMB uygulamalarının yetersiz olması veya hiç olmaması, konuyla ilgili bilimsel yayınların azlığı veya hemşirelerin yeniliğe açık olmamaları olarak düşünüldü. Çalışmamıza katılan hemşirelerin %58.7' si çalıştıkları alanda aile merkezli bakımı uygulayamadıklarını belirttiler (Tablo 6.2). Yıldız Ünlütürk (2020), hemşirelerin %61.4'ünün, Öztürk Şahin ve ark. (2020), hemşirelerin %59' unun çalıştığı kurumda aile merkezli bakım yaklaşımının kullanılmadığını belirtmişlerdir (56,49). Bu benzer bulgular; standart bir uygulamanın ve genel olarak hastanelerde aile merkezli bakım uygulamalarının istenilen seviyede olmadığını düşündürmektedir. Çalışmamızda katılımcıların verdikleri AMB uygulanabilirlik örnekleri; verilen eğitimleri kapsar (N=16), ailenin çocuğun tedavisini üstlenmesi (N=7), ve (N=16) diğer örnekler (çocuğun öz bakım gereksinimlerinin karşılanması, emzirmenin sağlanması, ailenin beslenme sürecine katılması ve kanguru bakımının yapılması) olarak görüyoruz (Tablo 6.2). Hemşirelerin çocuğun bakımına ebeveyn katılımına ilişkin algıları, ebeveyn-hemşire rol çatışması ve iletişim problemleri, çevresel kısıtlamalar, kurumsal destekte yetersizlik gibi engeller aile merkezli bakım anlayışını olumsuz etkilemektedir (21). Araştırmamızda hemşirelerin %56'sı çalıştıkları alanda aile merkezli bakımı uygulamaya engeller olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 6.2). Hemşirelerin aile merkezli bakımı uygulamaya engel olarak başta fiziki koşulların olmaması (N=21) ve iş yoğunluğu (N=12) olmak üzere ailenin bilgi eksikliği/ eğitim seviyesi (N=9), ve (N=19) diğer (enfeksiyon oranını artırması, Covid-19 nedeniyle kısıtlama, iletişim yetersizliği, idare kaynaklı problemler, ailenin sürece katılmayı reddetmesi ve ailenin sosyoekonomik düzeyi ve kültürel durumu) olarak ifade ettiler (Tablo 6.2). Öztürk Şahin ve ark.(2020), hemşirelerin (%59) yarıdan fazlası aile

merkezli bakım yaklaşımı bilgisi olmaması, çok yoğun ve iş odaklı çalışması; Günay ve ark. (2017), hemşireler ise daha çok kliniğin fiziki yapısının uygun olmaması ve kliniğin bazı kurallarının (babaların çocuğun yanında kalamaması gibi) iş birliğini engellemesi gibi nedenlerden dolayı uygulayamadıklarını belirtmişlerdir (49, 50).

Literatürde AMB felsefesinin; aileyi bir ziyaretçi veya bir refakatçiden ziyade bir ortak ve ekibin önemli bir parçası olmakla beraber bir ekip işi olduğu belirtilmektedir. Sağlık çalışanlarının aileyi bir ekip üyesi olarak görmedikleri çalışmalar da mevcuttur (50). Çalışmamıza katılan hemşirelerin cinsiyet, yaş, medeni durum, unvan, çalışma süreleri, çalışılan birim, birimde çalışma süreleri ve çalışılan birimden memnuniyetlerine göre aile merkezli bakım genel tutum, aile merkezli bakımın katkısı, bakıma aile ve çocuk katılımı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaksızın (Tablo 6.5) katılımcıların büyük çoğunluğu (%91.3) çocuğun bakımına ebeveyn katılımını desteklemektedir (Tablo 6.2). Gelişmiş ülkelerde hemşirelerin aile merkezli bakıma yönelik düşüncelerine bakıldığında ebeveynlerin çocuklarının bakımına mutlaka katılması gerektiği yönünde olması bulgumuzu destekler niteliktedir (14).

AMB yaklaşımının çocuk, aile ve sağlık profesyonelleri bakımından yararları olduğu bilinmektedir (6). Çalışmamızda hemşirelerin büyük çoğunluğu aile merkezli bakım vermenin çocuk, aile ve hemşire için yararlı olduğunu düşünmektedir (Tablo 6.3). Öztürk Şahin ve ark.(2020),hemşirelerin %93,6'sı; Yıldız Ünlütürk (2020), çocuk hemşirelerin %92.2' si aile merkezli bakımın çocuk-ebeveyn ve hemşire için yarar sağladığı düşünceleri bulgumuzu desteklemektedir (49,56). Bu doğrultuda tutum sergileyen hemşire sayısının yüksek olması olumlu ve istendik bir sonuç olarak yorumlanabilir. Aile merkezli bakım anlayışının yapılan çalışmalarda; çocukların

anksiyetesini azalttığı, güven duygusunu artırdığı, hastanede yatış sürecine hızlı adapte olmalarını, daha az ağrı yaşamalarını sağlar. İyileşme sürecini hızlandırıp erken taburcu olmalarını desteklediği görülmüştür. Ayrıca, çocuk-aile bağına güçlendirir, ailenin çocuğa verilen bakıma olan güveni artar. Çocuğun ve ailenin sosyal, psikolojik ve fiziksel sağlığını pozitif etkilediği bulunmuştur (6,8). AMB'nin çocuk için yararları konusunda (Tablo 6.3); çocuk kendini güvende hisseder (N=19), mental ve ruh sağlığını olumlu etkiler (N=13), çocuk-ebeveyn bağına artırır (N=9), çocuğun tedavi sürecine uyumunu artırır (N=14), daha kaliteli/iyi bakım almış olur (N=8), çocuğun yaşam kalitesini artırır (N=5), stres, korku ve endişenin azalmasını sağlar (N=4), sağlıklı bir toplum için sağlıklı birey yetişir (N=4), taburculuk sonrası süreci olumlu etkiler (N=3) ifadeleri vardır. AMB'nin ebeveyn için yararları konusunda (Tablo 6.3); ebeveynler bilgi ve beceri kazanır (N=18), çocuk-ebeveyn bağına artırır (N=21), ebeveyn stresini, korkusunu, endişesini azaltır (N=9), sağlık personeline güveni artar (N=11), ebeveyn farkındalığını artırır (N=4), ebeveyn özgüveni artar (N=13), suçluluk duygusunu azaltır (N=2) ifadeleri vardır. Öztürk Şahin ve ark.(2020) çalışmasında hemşirelerin %94,8'i AMB'nin çocuğun korku ve anksiyetesini azaltacağını belirtmişlerdir. Günay ve ark. (2017), AMB'nin tedavi sürecine pozitif etkisinin olduğu, annelerin bakım ve tedavi hakkında bilgilendiği ve kendilerini daha güvende hissettiği, çocuğun kendisiyle ilgilenildiğini düşündüğü, çocuğu ve aileyi psikolojik olarak rahatlatma gibi yararları olduğu tespit edilmiştir (50). AMB'nin hemşire için yararları konusunda (Tablo 6.3); iş kolaylığını sağlar (N=32), daha etkin-kaliteli bakım sunar (n=10), hemşirenin eğitimci rolü gelişir (N=7), iş birliği sağlanmış olur (N=5) ve diğer (N=10) (iş memnuniyeti artar, zamandan tasarruf sağlanır, empati gücü artar, ebeveyn-hemşire iletişimini kolaylaştırır) ifadeleri yer almaktadır. Aile merkezli

bakım uygulamaları aile ve hemşire arasında iletişimi artırarak güven duygusunu geliştirir (6).

Araştırmamızda hemşirelerin eğitim durumlarına göre aile merkezli bakım genel tutum, aile merkezli bakımın katkısı, bakıma aile ve çocuk katılımı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 6.5; $p<0.05$). Lisansüstü eğitim alan katılımcıların aile merkezli bakım genel tutum, aile merkezli bakımın katkısı, bakıma aile ve çocuk katılımı puan ortalamaları diğer katılımcılardan daha yüksektir. Türkmen Çoban ve Kuzlu Ayyıldız (2020), çocuğun bakımına ebeveyn katılımını desteklemede lisansüstü mezunların en yüksek puanı aldıkları görülmektedir (52). Bu durumun lisansüstü eğitim almış hemşireler tarafından AMB kavramının daha çok bilinmesi ve bu bakım modeline karşı daha anlayışlı olmaları olarak düşünüldü. Çalışmamızda lisansüstü hemşirelerin iş doyumlarının da yüksek olduğu düşünüldüğünde, eğitim düzeyi yükseldikçe mesleki felsefelerin benimsenmesi ve uygulanmasında olumlu geribildirimler olabileceği düşünülmektedir. Yıldız Ünlütürk (2020) ve Kara (2018) çocuk hemşirelerine, Günay ve ark.(2017) bir pediatrik onkoloji servisi hemşire ve hekimlerine aile merkezli bakıma yönelik verdikleri AMB eğitimleri hemşirelerin tutumlarını geliştirmede oldukça önemli olumlu bir etki göstermiştir (56,5,50). Katılımcıların cinsiyet, yaş, unvan ve medeni durumlarına, çalışılan birime, mesleki çalışma sürelerine, birimde çalışma sürelerine, çalışılan birimden memnuniyetlerine göre Aile Merkezli Bakım Genel Tutum, Aile Merkezli Bakımın Katkısı ve Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 6.5).

7.3. Aile Merkezli Bakım İle İş Doyumu İlişkisinin İncelenmesi

Aile merkezli bakımın iş doyumu ile ilişkisinin incelendiği benzer çalışmalara rastlanmadığından bu bölüm literatür incelenerek tartışılmıştır. Hemşirelerde iş doyumu bakım uygulamaları üzerine olumlu bir etkisi vardır. İş doyumu arttıkça bakım kalitesinin arttığı görülmüştür (60,61).

Çalışanlara verilen eğitimler sonrasında iş doyumlarının artması beklenir (36,62). Bu çalışmada aile merkezli bakım eğitim alma durumlarına, çalıştıkları alanda aile merkezli bakım uygulayabilme durumlarına göre aile merkezli bakım genel tutum, aile merkezli bakımın katkısı, bakıma aile ve çocuk katılımı ile iş doyumu ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir (Tablo 6.6). Bununla birlikte, aile merkezli bakıma ilişkin eğitim alan, bu bakım ilkelerini uygulayabilen ve hasta çocuğun bakımına ebeveynin katılımının olmasını destekleyen hemşirelerin özellikle içsel doyum ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 6.6; $p>0.05$). Aynı zamanda, aile merkezli bakım uygulamasında engel olduğunu düşünmeyen hemşirelerin iş doyum genel, içsel ve dışsal tüm boyutlarında puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.6). Aile merkezli bakımın hemşireler için yararları düşünüldüğünde iş doyumunun sağlanması olduğu bilinmektedir. Bu doğrultuda, literatür bulgularımızı destekler niteliktedir. Aile merkezli bakım ilkelerinin benimsenerek, olumlu tutumlar geliştirilmesinin bu sonucu etkilemiş olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada ebeveynlerin hasta çocuğun bakımına katılması gerektiğini düşünenlerin aile merkezli bakım genel tutum, aile merkezli bakımın katkısı ve bakıma aile ve çocuk katılımı puan ortalamaları daha yüksekken iş doyumu ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kozup ve arkadaşlarının (2017)

yapmış olduğu araştırmada yetişkin yoğun bakım ünitesinde hasta ve aile merkezli bakım çalışmanın hemşirelerde memnuniyeti artırdığı belirlenmiştir (63). Memnuniyetin iř doyumunu artırdığı bilinmektedir. Çalışmamızda hemşirelerin sadece çalıştığı birimden memnun olma düzeyi sorgulandığı için genel bir memnuniyet düzeyi ile yorum yapmak daha doğru olacağı dūřınıldı.

Bu çalışmada aile merkezli bakım vermenin ocuk, ebeveyn ve hemşire yararına olması durumlarına göre aile merkezli bakım genel tutum, aile merkezli bakımın katkısı ve bakıma aile ve ocuk katılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 6.7; $p<0,05$). Aile merkezli bakım vermenin ocuk, ebeveyn ve hemşire için yararlı olduğunu dūřünen katılımcıların aile merkezli bakım genel tutum, aile merkezli bakımın katkısı ve bakıma aile ve ocuk katılımı puan ortalamaları diğer katılımcılara göre daha yüksek belirlenirken iř doyum ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 6.7).

Çalışmada, aile merkezli bakım genel tutum ile içsel doyum, arasında anlamlı, pozitif yönlü ve çok zayıf bir ilişki tespit edilmiştir (Tablo 6.8; $p:0,031$). Aile Merkezli Bakımın Katkısı ile içsel doyum arasında anlamlı, pozitif yönlü ve çok zayıf bir ilişki tespit edilmiştir (Tablo 6.8; $p:0,032$). Aile merkezli bakım genel tutum puanı arttıkça içsel doyum puanının artmasının literatür paralelinde, sevindirici ve desteklenmesi gereken bir bulgu olduğu dūřınılmaktadır.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin tutumlarının iş doyumunu ile ilişkisinin olup olmadığı incelendiği bu çalışmada elde edilen belirgin sonuçlar şu şekildedir:

- Hemşirelerin aile merkezli bakım eğitim alma durumlarına, çalıştıkları alanda aile merkezli bakım uygulanabilirliğine göre aile merkezli bakım genel tutum, aile merkezli bakımın katkısı, bakıma aile ve çocuk katılımı ile iş doyumunu ve alt boyutları üzerinde belirleyici olmadığı belirlenmiştir.
- Çalıştıkları alanda aile merkezli bakım uygulamada engeller olduğunu düşünenlerin aile merkezli bakım genel tutum, aile merkezli bakımın katkısı, bakıma aile ve çocuk katılımı üzerinde belirleyici olmadığı saptandı.
- Çalıştıkları alanda aile merkezli bakım uygulamada engeller olmadığını düşünenlerin iş doyumunu ve alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Ebeveynlerin hasta çocuğun bakımına katılması gerektiğini düşünenlerin aile merkezli bakım genel tutum, aile merkezli bakımın katkısı ve bakıma aile ve çocuk katılımı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Ebeveynlerin hasta çocuğun bakımına katılması gerektiğini düşünenlerin iş doyumunu ve alt boyut puan ortalamaları üzerinde belirleyici olmadığı saptandı.
- Aile merkezli bakım vermenin çocuk, ebeveyn ve hemşire için yararlı olduğunu düşünen katılımcıların aile merkezli bakım genel tutum, aile merkezli bakımın katkısı ve bakıma aile ve çocuk katılımı puan ortalamaları diğer katılımcılara göre daha yüksek belirlenirken iş doyumunu ve alt boyut puan ortalamaları üzerinde belirleyici olmadığı saptandı.
- Aile merkezli bakım genel tutum ile içsel doyum arasında anlamlı, pozitif yönlü ve çok zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($p:0,031$; $p<0,05$).
- Aile Merkezli Bakımın Katkısı ile içsel doyum arasında anlamlı, pozitif yönlü ve çok zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($p:0,032$; $p<0,05$).
- Hemşirelerin %90'u aile merkezli bakım konusunda eğitim almadığı belirlenmiştir.

- Hemşirelerin yarından fazlası çalıştıkları alanda aile merkezli bakım uygulayamayacaklarını, uygulamaya engeller olduğunu düşündüğü belirlenmemiştir.
- Hemşirelerin %91,3'ü hasta çocuğun bakımına ebeveynlerin katılması gerektiğini düşündüğü belirlenmiştir.
- Hemşirelerin aile merkezli bakımı; süreçle ilgili verilen bilgi ve eğitimler, hemşire-ebeveyn iş birliği, ebeveyn olma farkındalığının artırılması ve tedavi ve bakım sürecine aileyi dahil etmek, ailenin çocuğun bakımında etkin rol alması, ebeveynlerin bakımın bir parçası olması ve sürekliliğinin sağlanması olarak tanımladıkları belirlenmiştir.
- Hemşirelerin çalıştıkları alanda aile merkezli bakımı; ailenin çocuğun tedavisini üstlenmesi, verilen eğitimleri kapsar ve diğer uygulamalar (çocuğun öz bakım gereksinimlerinin karşılanması, emzirmenin sağlanması, ailenin beslenme sürecine katılması, kanguru bakımının yapılması) olarak ifade ettikleri belirlenmiştir.
- Hemşirelerin çalıştıkları alanda aile merkezli bakım uygulamaya engel olarak; fiziki koşulların uygun olmaması, iş yoğunluğu, ailenin bilgi eksikliği/egitim seviyesi ve diğer örnekler (enfeksiyon oranını artırır, ailenin sürece katılmayı reddetmesi, Covid-19 nedeniyle kısıtlama, iletişim yetersizliği, ailenin sosyoekonomik düzeyi ve kültürel durumu, idare kaynaklı problemler) olarak düşündükleri belirlenmiştir.
- Hemşirelerin büyük çoğunluğu aile merkezli bakım vermenin çocuk, ebeveyn ve hemşire için yararı olduğu düşündükleri saptandı.
- Hemşirelerin aile merkezli bakımın çocuk için yararları konusunda; çocuk kendini güvende hisseder, çocuğun tedavi sürecine uyumunu artırır, mental ve ruh sağlığını olumlu etkiler, çocuk-ebeveyn bağına artırır, daha kaliteli/iyi bakım almış olur, çocuğun yaşam kalitesini artırır, stres, korku ve endişenin azalmasını sağlar, sağlıklı bir toplum için sağlıklı birey yetişir, taburculuk sonrası süreci olumlu etkiler olarak tanımladıkları belirlenmiştir.
- Hemşirelerin aile merkezli bakımın ebeveyn için yararları konusunda; çocuk-ebeveyn bağına artırır, ebeveynler bilgi ve beceri kazanır, ebeveyn özgüveni artar, sağlık personeline güveni artar, ebeveyn stresini, korkusunu ve endişesini

azaltır, ebeveynlerin farkındalığını artırır, suçluluk duygusunu azaltır olarak tanımladıkları belirlenmiştir.

- Hemşirelerin aile merkezli bakımın hemşire için yararları konusunda; iş kolaylığını sağlar, daha etkin/kaliteli bakım sunar, hemşirenin eğitimci rolü gelişir, iş birliği sağlanmış olur ve diğer cevaplar (Ebeveyn-hemşire iletişimini kolaylaştırır, iş memnuniyeti artar, empati gücü artar, zamandan tasarruf sağlanır) olarak ifade ettikleri belirlenmiştir.
- Lisansüstü mezunu olan hemşirelerin Aile Merkezli Bakım Genel Tutum, Aile Merkezli Bakımın Katkısı, Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı puan ortalamaları daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Kadın hemşirelerin Genel Doyum, İçsel Doyum ve Dışsal Doyum puan ortalamaları erkek hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Lisansüstü mezunu olan katılımcıların Genel Doyum ve İçsel Doyum puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Çalıştıkları birimden memnun olan hemşirelerin Genel Doyum, İçsel Doyum ve Dışsal Doyum puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmamız aile merkezli bakım ile yapılan çalışmalarla uyumludur. Aile merkezli bakım anlayışının ülkemizde çocuk kliniklerinde halen tam olarak uygulanmaması çok önemli bir eksikliktir. Aile merkezli bakım uygulamalarının geliştirilmesi için bilgi eksikliğinin giderilmesi, hizmet içi eğitimlerin sağlanması ve mevcut uygulamaların iyileştirilmesi gerekmektedir. Kurumların aile merkezli bakımı bakım felsefesi olarak benimsemesi ve hastane yönetimi tarafından prosedürlerin iyileştirilmesi gerekmektedir. Aile merkezli bakım uygulamalarının iyileştirilmesiyle hemşirelerin iş doyumunu üzerinde olumlu etkisi olabileceği düşünülmektedir. Aile merkezli bakım anlayışının iş doyumunu üzerinde etkisini değerlendiren çalışmaların devam edilmesi ve daha kapsamlı araştırılması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

1. Çetinkaya S. Pediatri Hemşirelerinin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşim Düzeyleri ile Ebeveynlerin Aile Merkezli Bakımı Değerlendirmesi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019.
2. Emelgür N. Özel Yetki Belgesi Olan Hemşirelerin Bakım Kalitesi Algısı ve İş Doyumu, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017.
3. Tabakçıoğlu M. Pediatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Aile Merkezli Bakıma İlişkin Tutumları, T.C Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019.
4. Apaydın Cırık V, Efe E. Çocuk Kliniklerinde Primer Hemşirelik Bakım Modelinin Önemi, Uluslararası Tıp ve Sağlık Bilimleri Kongresi, Bandırma, 2019.
5. Kara A. Aile Merkezli Bakım Eğitiminin Çocuk Hemşirelerinin Tutumlarına Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2018.
6. Gürol A, Polat S. Pediatri Aile Merkezli Bakım Yaklaşımı: Bir Sistemik Derleme, p.63-70.; Geçkil E, editör. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. Ankara, 1. Baskı, Türkiye Klinikleri, 2019.
7. Ak B, Doğan Soykök B, Erdemir F. Pediatri Hemşirelerinin Aile Merkezli Bakıma İlişkin Tutum ve Davranışları, p.55-62.; Geçkil E, editör. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. Ankara, 1. Baskı, Türkiye Klinikleri, 2019.
8. Aldem M, Geçkil E. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım Kavramı ve İlkeleri, p.1-4.; Geçkil E, editör. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. Ankara, 1. Baskı, Türkiye Klinikleri, 2019.
9. Yıldırım Sarı H. Özel Gereksinimi Olan Çocuklarda Aile Merkezli Bakım, p.38-43.; Geçkil E, editör. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. Ankara, 1. Baskı, Türkiye Klinikleri, 2019.
10. Kaya A, İşler Dalgıç A. Pediatri Aile Merkezli Bakıma İlişkin Kanıt Temelli Uygulamalar. p.49-54.; Geçkil E, editör. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. Ankara, 1. Baskı, Türkiye Klinikleri, 2019.

11. Günay U, Polat S, Arıcıoğlu A. Pediatrik Onkoloji Kliniğinde Aile Merkezli Bakım, p.30-2.; Geçkil E, editör. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. Ankara, 1. Baskı, Türkiye Klinikleri, 2019.
12. Güdücü Tüfekçi F, Kara A. Pediatri Aile Merkezli Bakım Uygulamalarının Durumu, Uygulamada Karşılaşılan Güçlükler ve Geliştirilmesi için Öneriler, p.44-8.; Geçkil E, editör. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. Ankara, 1. Baskı, Türkiye Klinikleri, 2019.
13. Kürtüncü M, Özdemir A. Pediatrik Yoğun Bakım Ünitesinde Aile Merkezli Bakım, p.24-9.; Geçkil E, editör. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. Ankara, 1. Baskı, Türkiye Klinikleri, 2019.
14. Öztürk C, Ayar D. Pediatri Aile Merkezli Bakımın Çocuk, Aile ve Hemşireler Üzerine Yansımaları, p.12-7.; Geçkil E, editör. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. Ankara, 1. Baskı, Türkiye Klinikleri, 2019.
15. Türe Yılmaz A. Hemşirelerde Algılanan Örgütsel Desteğin İş Doyumu Düzeylerine Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2016.
16. Hemşirelik Yönetmeliği. 8 Mart 2010. Sayı: 27515, T.C Resmi Gazete, Ankara.
17. Taş Arslan F, Özkan S, Pediatri Aile Merkezli Bakım Uygulamalarının Değerlendirilmesi, p.71-6.; Geçkil E, editör. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. Ankara, 1. Baskı, Türkiye Klinikleri, 2019.
18. Erdemir F, Pınar G. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersi Uygulamasındaki Deneyimlerin Çocuk Hemşireliğinin Çağdaş Rol ve İşlevlerine Uygunluğu, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(2), 2004.
19. Aykanat B, Gözen D. Çocuk Sağlığı Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım Yaklaşımı, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(1), 2014.
20. Yavaş Çelik M. Çocuk Hastalarda Aile Merkezli Bakım ve Hemşirelik, Sağlık ve Toplum, 28;1, Derleme, 2018.
21. Öztürk C, Ayar D. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 7(4):315-320, 2014.

22. Anol S. Pediatri Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Sağlık Personeli ile Çocuğu Yatan Ebeveynlerin Aile Merkezli Bakıma Yönelik Görüşlerinin Karşılaştırılması, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016.
23. Gül Özcan F. Pediatri Servislerinde Uygulanan Hemşirelik Yaklaşımın Aile Merkezli Bakım Açısından Değerlendirilmesi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017.
24. Tosun A, Güdücü Tüfekçi F. Çocuk Kliniklerinde Aile Merkezli Bakım Uygulamalarının İncelenmesi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 18(2), 2015.
25. Aktaş E. ve arkadaşları. Ailede Kadının Değişen Rolünün Çocuk Sağlığına Etkisi ve Aile Merkezli Bakımın Önemi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 28(1):73-80, 2012
26. Yılmaz OE, Gözen D. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakımın Önemi ve Bakım Kalitesini Geliştirmedeki Değeri, p.5-11.; Geçkil E, editör. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. Ankara, 1. Baskı, Türkiye Klinikleri, 2019.
27. Üğücü G. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Verilen Standart Hemşirelik Bakımının Ebeveyn Stres Düzeyi ve Aile Merkezli Bakım Algısına Etkisi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018.
28. Albayrak S. Aile Merkezli Bakım Modeline Temellendirilmiş Hemşirelik Girişimlerinin Preterm Bebek ve Aile Üzerine Etkisi, Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2018.
29. Yıldız N. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Geliştirilmesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019.
30. Hatip Ö. Hemşire-Hemşire İşbirliğinin Hemşirelerin İş Doyumuyla İlişkisi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017.
31. Atmaca Palazoğlu C. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin Etik Duyarlılıkla İlişkisi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016.

32. Hezer M. Hemşirelerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri ile Hemşirelik Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019.
33. Kufacı A. Yönetici Hemşirelerin Yönetmelik Yeterlik Düzeyleri ile Hemşirelerin İş Doyumu Arasındaki İlişki, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019.
34. Gökçe H. Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Algıladığı Örgütsel Destek ile İş Doyumu Arasındaki İlişki, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019.
35. Karataş İ. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelin Örgütsel Adalet Algısı ve İş Doyumu, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019.
36. Unaç Koçak H. Hemşire-Hemşire İşbirliğinin Hemşirelerin İş Doyumu Düzeylerine Etkisi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019.
37. Omur M. Tekirdağ İlinde Çalışan Eczacılar da İş Doyumu Ve Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019.
38. Koç Ş. Hemşirelerin Yönetici Desteği Algısı ile İş Doyumu Düzeyinin İncelenmesi: Sivas Numune Hastanesi Örneği, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019.
39. Aşçıoğlu T. İstanbul'da Bir Belediye'de Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının İş Doyumu Algılarının Belirlenmesi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018.
40. Akkaş B. Ameliyathane Hemşirelerinin İş Doyumu ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, T.C. Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018.
41. Torun T, Çavuşoğlu H. Pediatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik ve İş Doyumunun İncelenmesi, Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 15(2):71-80, 2018.

42. Akkamış O. İlköğretim 1. ve 2. Kademe Öğretmenlerinin İş Tatmini Üzerine Bir Değerlendirme, Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010.
43. Sına I. Sağlık Çalışanlarının Motivasyon ve İş Doyumu Yönünden Değerlendirilmesi: Nijer’de Üç Farklı Hastanede Bir Uygulama, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2019.
44. Wei H, et al. The State Of The Science Of Nurse Work Environments İn The United States: A Systematic Review, International Journal Of Nursing Sciences, 5:287-300, 2018.
45. Riisgaard H, et al. Relations Between Task Delegation And Job Satisfaction İn General Practice: A Systematic Literature Review, BMC Family Practice, 17:168, Derleme, 2016.
46. Specchia ML, et al. Leadership Styles And Nurses’ Job Satisfaction: Results Of a Systematic Review, Int. J. Environ. Res. Public Health, 18(4):1552, 2021.
47. Dur Ş. ve arkadaşları. Devlet ve Özel Hastanedeki Hemşirelerin Aile Merkezli Bakıma İlişkin Tutum ve Davranışları, J Curr Pediatr, 14:1-9, 2016.
48. Özkan S, Taş Arslan F. Hastanede Yatan Çocukta Aile Merkezli Bakım, Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, 12, 2018.
49. Öztürk Şahin Ö. ve arkadaşları. Hastanede Çocuklara Bakım Veren Hemşirelerin Aile Merkezli Bakım Yaklaşımını Kullanma Durumlarının İncelenmesi, JAREN, 6(1):89-96, 2020.
50. Günay U, Polat S. Pediatrik Onkoloji Kliniğinde Verilen Aile Merkezli Bakım Eğitiminin Değerlendirilmesi: Hekim ve Hemşire Görüşleri, Bozok Tıp Dergisi, 7(1):12-21, 2017.
51. Davidson JE, et al. Guidelines For Family-Centered İn The Neonatal, Pediatric And Adult ICU, Critical Care Medicine, 45(1):103-128, 2017.
52. Türkmen Çoban S, Kuzlu Ayyıldız T. Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Çocuğun Bakımında Ebeveyn Katılımına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi, Med J West Black Sea, 4(3):134-141, 2020.
53. Kaya A. Profesyonel Değerler Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Eğitim Programının Pediatri Hemşirelerinin Profesyonel Değerler Algısı ve İş

- Doyumuna Etkisi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2019.
54. Can I. Psikiyatri Hemşirelerinin İletişim Becerileriyle İş Doyumu ve İş Stresi İlişkisinin İncelenmesi, Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2020.
55. Gürcan T. Hemşirelikte Meslektaş Dayanışmasının İş Doyumu ve İşten Ayrılma Niyetine Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019.
56. Yıldız Ünlütürk İ. Çocuk Hemşirelerine Verilen Aile Merkezli Bakım Eğitiminin Değerlendirilmesi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2020.
57. Nacar S. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Algıladıkları İş Yükünün Aile Merkezli Bakıma İlişkin Tutumlarına Etkisi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019.
58. American Academy Of Pediatrics Committee On Hospital Care, Patient- And Family-Centered Care And The Pediatrician's Role, Pediatrics, 129(2):394-404, 2012.
59. Dudley N, et al. Patient- And Family-Centered Care Of Children In The Emergency Departmen, Pediatrics, 135(1):255-272, 2015.
60. Roberts –Turner R, et al. Effects Of Leadership Characteristics On Pediatric Registered Nurses' Job Saticfaction, Pediatric Nursing, 40(5):236-256, 2014.
61. Lu H, et al. Job Satisfaction Among Hospital Nurses: A Literature Review, Int J Nurs Stud, 94:21-31, 2019.
62. Çam O, ve ark. Ebe/Hemşirelere Verilen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Eğitiminin Ruhsal Hastalıklara Yaklaşımlarına İletişim Becerilerine Ve İş Doyumlarına Etkilerinin Araştırılması, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10:3, 2007.
63. Kozub E, et al. Increasing Nurse Satisfaction With Open Visitation In An Adult Intensive Care Unit, İntensive Care Nurses Q, 40(2):144-154, 2017.

10. EKLER

10.1. Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Katılımcı,

İstanbul Medipol Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi Berivan Doğan tarafından “Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin tutumlarının iş doyumuna etkisi” konusunda yürütülen araştırmaya katılımınız rica olunmaktadır. Bu çalışmayla bağlantılı olarak elde edilen her bilgi gizli kalacaktır. Araştırma sonucunda elde edilen bilgiler bir yayında kullanılırken kimlik bilgileriniz yer almayacak, size ulaşılamayacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Araştırmaya başlanmadan önce yukarıda belirtilen bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum. Yeterli zaman tanınarak araştırmaya katılmayı isteyip istemediğimi düşündüm. Yazılı ve sözlü yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Bu koşullar altında söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı:

Bilgilendirenin Adı-Soyadı: Berivan Doğan

Tarih ve İmza:

Tarih ve İmza:

10.2. EK-1

BİREYSEL TANITICI FORM

Sayın Katılımcı;

“Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin tutumlarının iş doyumuna etkisi” değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Her ifadeyi okuduktan sonra size en uygun maddeleri seçmeniz veya doldurmanız gerekmektedir. Çalışmadan elde edilen veriler, çalışma dışında başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Çalışmada isminiz sorulmamaktadır. Lütfen tüm soruları içtenlikle yanıtlayınız.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Berivan DOĞAN

Anket No:

1.Cinsiyetiniz?

Kadın (....) Erkek (.....)

2.Medeni durumunuz?

() Evli () Bekar () Boşanmış

3.Yaşınız?

() 19 yaşvealtı () 20-25 yaş () 26-30yaş () 31-35yaş () 35 yaş ve üstü

4.Eğitim durumunuz nedir?

() Sağlık Meslek Lisesi mezunu () Üniversite mezunu () Lisansüstü eğitim mezunu

5.Çalışma süreniz?

6.Çalıştığınız birim/klinik:

7. Bulunduğunuz klinikte çalışma süreniz?

8. Çalıştığınız birimdeki konumunuz?

a. Sorumlu Hemşire b. Hemşire c. Diğer

9. Çalıştığınız bölümden memnun musunuz?

Evet () Hayır ()

10. Aile merkezli bakım konusunda eğitim aldınız mı?

Evet () ise ne zaman.....

Hayır()

11. Aile merkezli bakımı kısaca tanımlar mısınız?

12. Çalıştığınız alanda aile merkezli bakım uygulayabildiğinizi düşünüyor musunuz?

Evet () ise örneklendiriniz.....

Hayır()

13. Çalıştığınız alanda aile merkezli bakım uygulamaya engeller olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet (.....) ise ne tür engel/engeller.....

Hayır()

14. Sizce ebeveyn hasta çocuğun bakımına katılmalı mı?

Evet ()

Hayır ()

15. Aile merkezli bakım vermenin çocuk için yararı olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet () ise açıklayınız.....

Hayır()

16. Aile merkezli bakım vermenin ebeveyn için yararı olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet () ise açıklayınız.....

Hayır()

17. Aile merkezli bakım vermenin hemşire için yararı olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet () ise açıklayınız.....

Hayır()

10.3. EK-2

AİLE MERKEZLİ BAKIM TUTUM ÖLÇEĞİ

Madde No	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1.Aile üyelerinin sağlık davranışları ve alışkanlıkları çocuğun sağlığını etkiler					
2.Çocuk hemşireliği AileMerkezli Bakım temellidir.					
3. Aile Merkezli Bakım, hasta bakımının bir parçasıdır.					
4. Aile Merkezli Bakım, her ailenin bireysel farklılıklarını dikkate alır.					
5. Aile Merkezli Bakım, çocuk ve aileyi fiziksel yönden ele alır.					
Aile Merkezli Bakım, sağlık hizmeti kalitesinin önemli bileşenlerinden biridir.					
7. Aile Merkezli Bakım, çocuk ve aile arasındaki bağları güçlendirir.					
8. Aile Merkezli Bakım, aile üyelerinin çocuğun bakımına aktif katılımını sağlar					
9. Aile Merkezli Bakım, çocuk ve ailenin duygularını anlamayı kapsar.					
10. Aile Merkezli Bakım, çocuk ve aileyi entelektüel yönden ele alır.					
11. Aile Merkezli Bakım, çocuk ve aileyi spiritüel yönlerden ele alır.					
12.Aile Merkezli Bakım, çocuk ve ailenin sosyokültürel yönünü kapsar.					
13.Aile Merkezli Bakım, çocuğun normal yaşamını sürdürebilmesi için ailenin önemini ve değişmezliğini kabul eder.					
14.Aile Merkezli Bakım yaklaşımında her çocuğa ve ailesine saygı duyulur.					
15. Aile Merkezli Bakım, etnik, etik, kültürel ve sosyoekonomik farklılıklara saygı duyar.					
16. Aile Merkezli Bakım, çocuk ve aileye yol gösterir.					
17 Aile Merkezli Bakım, çocuğun ve ailenin seçimini destekler.					
18.Aile Merkezli Bakım, ailelerle her zaman doğru, dürüst ve tarafsız bir şekilde bilgileri paylaşır.					
19.Çocuk-aile ve hemşire arasındaki iş birliği ve bilgi paylaşımı empatik bir ilişki gerektirir					
20.Ebeveyn katılımı ile sağlanan bakım etkili ve başarılı olur.					
21.Aile Merkezli Bakım, ebeveynler arası desteği teşvik etmeyi ve kolaylaştırmayı gerektirir.					

22.Aile Merkezli Bakım, aile üyelerinin birbirleri ile iletişimlerini destekleyerek, olumlu bir etkileşim ortamı oluşturur.					
23.Aile Merkezli Bakım'ın başarısı, hasta bakım sistemini ve kurumsal işleyişini olumlu etkiler.					
24.Sağlık bakım sistemi, aile gereksinimlerini karşılayacak ve ebeveynler tarafından kolayca ulaşılabilecek şekilde düzenlenir.					
25.Aile Merkezli Bakım, çocuk ve aile üzerinde hastaneye yatmanın olumsuz etkilerini azaltmada etkilidir.					
26.Aile Merkezli Bakımda ebeveynler sağlık ekibinin bir parçasıdır.					
27.Aile Merkezli Bakımda ebeveynler bakıma dahil edildiklerinde ebeveynlik rollerin de ortaya çıkan değişikliklerle daha kolay baş ederler.					
28.Aile Merkezli Bakımda kendini güvende hissedenden ebeveynler, çocuğunun bakımına mümkün oldukça katılmak isterler					
29.Aile Merkezli Bakım, ebeveynlerin bakım memnuniyetini artırır ve bakım sürecine uyumlarını sağlar.					
30. Aile Merkezli Bakım, ebeveynlerin yeni bilgi ve beceri kazanmalarını sağlar.					
31. Aile Merkezli Bakım, kurum program ve politikalarının gelişimini destekler.					
32. Aile Merkezli Bakım, çocuk, aile ve sağlık ekibi üyeleri arasında etkili bir iletişim sağlar.					
33. Aile Merkezli Bakım, ailenin kendine güven duygusunu artırır ve problem çözme yeteneğini geliştirir.					
34. Aile Merkezli Bakım, ebeveyn stresini azaltır.					
35.Aile Merkezli Bakım, ebeveynlerde taburculuk sonrası problemleri azaltır.					
36.Aile Merkezli Bakımda ebeveynlerin hastanede yatış sürecinde çocuğunun yanında olması çocuğun anksiyetesini azaltır.					
37.Aile Merkezli Bakım, sağlık personeli ve aile ile daha olumlu bir iletişim kurulmasını sağlar.					
38.Aile Merkezli Bakım, iyileşmeyi çabuklaştırır.					
39.Aile Merkezli Bakım, çocuğun duygusal stresini azaltır.					
40.Aile Merkezli Bakım, çocuğun güvende hissetmesini sağlar.					
41.Aile Merkezli Bakım, çocuğun hastaneye uyumunu kolaylaştırarak oluşabilecek davranışsal sorunları					

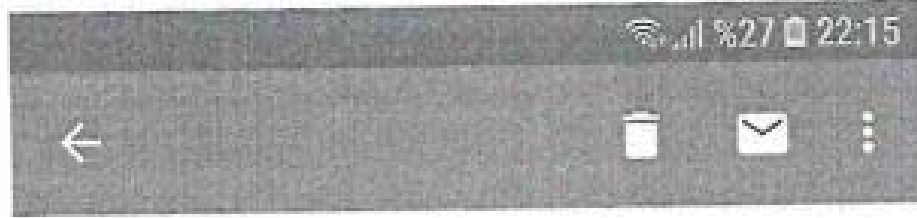
azaltır.					
42.Aile Merkezli Bakım, çocuğun hastanede kalma süresini kısaltır.					
43.Aile Merkezli Bakım, çocuğun memnuniyetini artırır.					
44.Aile Merkezli Bakım, ebeveyn çocuk ilişkisini sürdürür.					
45.Aile Merkezli Bakım, taburculuk sonrası çocuğun bakımında ebeveynin yeterliliğini artırır.					
46.Aile Merkezli Bakım, çocuğun hastaneve ev yaşamı arasında bağlantı sağlar					
47.Aile Merkezli Bakım, çocuğun ağrısını azaltır.					
48.Aile Merkezli Bakım, çocuğun sağlığı ve gelişimini desteklemede hemşirenin aileyle iş birliği kurmasını sağlar.					
49.Aile Merkezli Bakım, çocuk hemşiresinin ailelerin güçlerini ve bakım verme kapasitelerini daha iyi anlamalarını sağlar.					
50.Aile Merkezli Bakım, çocukta uyku sıkıntısını azaltır					
51.Aile Merkezli Bakım, çocuğun bakımını planlamada ve değerlendirmede kolaylık sağlar.					
52.Aile Merkezli Bakım, sağlık ekibi üyeleri arasında etkili ve sağlıklı bir iletişim sağlar					
53.Aile Merkezli Bakım, sağlık bakım maliyetini azaltır.					
54.Aile Merkezli Bakım, memnuniyeti artırır.					
55. Aile bakımın temelidir.					
56.Aile çocuğun birincil destek sistemidir.					
57.Çocuğun bakımına aile katılmalıdır.					
58.Aile üyeleri, hastanede kendi bakımları ile ilgili temel gereksinimlerini karşılayabilirler.					

10.4. EK-3

MINNESOTA İŞ DOYUM ÖLÇEĞİ

(Minnesota Satisfaction Questionnaire- MSQ) Aşağıda işinizin çeşitli yönleri ile ilgili cümleler bulunmaktadır. Her cümleyi dikkatle okuyarak o cümlede belirtilen yönden işinizden ne derecede memnun olduğunuzu işaretleyiniz. Cevap verirken “bu yönden işimden ne derece memnunuz” diye kendinize sorunuz.	Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Kararsızım	Memnunuz	Çok Memnunuz
1. Şimdiki işimden “ beni her zaman memnun etmesi “bakımından	1	2	3	4	5
2. Şimdiki işimden “ tek başıma çalışma olanağı olması” bakımından	1	2	3	4	5
3. Şimdiki işimden “ ara sıra değişik şeyler yapabilme şansısı” bakımından	1	2	3	4	5
4. Şimdiki işimden “ toplumda saygın bir kişi olma şansını vermesi” bakımından	1	2	3	4	5
5. Şimdiki işimden “ yöneticimin ekibindeki kişileri idare tarzı ” bakımından	1	2	3	4	5
6. Şimdiki işimden “ yöneticimin karar vermedeki yeteneği” bakımından	1	2	3	4	5
7. Şimdiki işimden “ vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansım olması” bakımından	1	2	3	4	5
8. Şimdiki işimden “ bana sabit bir iş sağlaması “ bakımından	1	2	3	4	5
9. Şimdiki işimden “ başkaları için bir şeyler yapabilme olanağı bana vermesi “ bakımından	1	2	3	4	5
10. Şimdiki işimden “ kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olma” bakımından	1	2	3	4	5
11. Şimdiki işimden “ kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansısı olması” bakımından	1	2	3	4	5
12. Şimdiki işimden “ iş ile ilgili kararların uygulanmaya konması” bakımından	1	2	3	4	5
13. Şimdiki işimden “ yaptığım iş ve karşılığında aldığım ücret” bakımından	1	2	3	4	5
14. Şimdiki işimden “ iş içinde terfi olanağımın olması ” bakımından	1	2	3	4	5
15. Şimdiki işimden “ kendi kararlarımı uygulama serbestliğini bana vermesi “ bakımından	1	2	3	4	5
16. Şimdiki işimden “ işimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme şansını bana vermesi “ bakımından	1	2	3	4	5
17. Şimdiki işimden “ çalışma şartları” bakımından	1	2	3	4	5
18. Şimdiki işimden “ çalışma arkadaşlarımla birbirleri ile anlaşmaları” bakımından	1	2	3	4	5
19. Şimdiki işimden “ yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilme” bakımından	1	2	3	4	5
20. Şimdiki işimden “ yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissi” bakımından	1	2	3	4	5

10.5.EK-4



Sayın Ayfer KARA
Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk
Sağlığı ve Hastalıkları bölümünde yüksek lisans
öğrencisiyim.
Öğr.Gör.Dr.Özlem AVCI danışmanlığında yürüttüğüm
"Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Aile
Merkezli Bakımın İş Doyumuna Etkisi" isimli
çalışmamda tarafınızdan uygulamış olduğunuz "Aile
Merkezli Bakım Tutum Ölçeği " ' ni izninizle kullanmak
isterim.
Saygılarımla,
Berivan DOĞAN



Ayfer KARA [REDACTED]

Alıcılar: ben

28 Şub Ayrıntıları görüntüle

Merhabalar,
Ölçeği size gönderiyorum. Herhangi bir sorun olursa
iletebilirsiniz.
İyi çalışmalar dilerim...

Alıntılanan metni göster

11.ETİK KURUL ONAYI



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

E-İmza

Sayı : 10840098-604.01.01-E.4634
Konu : Etik Kurulu Kararı

29/01/2020

Sayın Berivan DOĞAN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin tutumlarının iş doyumuna etkisi" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

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

Ek;
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 29.01.2020 tarihinde e-imzalanmıştır.
Formunuz <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden A4162990251 kodu ile doğrulayabilirsiniz.
Evrakınız <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 2HBD668CNA kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinçiler Cad. No.19 Kavacık Kavşağı - Beşiktaş
34810 İstanbul

Tel: 444 85 40
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f8ca4ad1-e78d-4856-9de1-27a4a26a8697 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin tutumlarının iş doyumuna etkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Berriyan DOĞAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ				
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Neslin EMEKLİ tarafından 22.07.2020 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrakınıza <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 2BBD6F68CNA kodu ile doğrulayabilirsiniz.



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

E-İmzalıdır

Sayı : 82281487-770.99-E.1443
Konu : Berivan DOĞAN

24/07/2020

DIYARBAKIR VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

İlgi :08.07.2020 tarihli ve 61141975-771-E.1689 sayılı yazınız.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Berivan DOĞAN'ın, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan, "Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Aile Merkezli Bakıma İlişkin Tutumlarının İş Doyumuna Etkisi" konulu tez çalışması kapsamındaki çalışmalarını 01.09.2020-31.01.2021 tarihleri arasında Müdürlüğünüze bağlı Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nin Çocuk Hastalıkları Klinik ve Polikliniklerinde yapabilmesi için gerekli izinlerin verilmesi hususunda gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
Rektör



- Ek:
- Tez Çalışması Uygulama İzin Formu (1 Sayfa)
 - Etik Kurul Kararı (3 Sayfa)
 - Aydınlatılmış Onam Formu (1 Sayfa)
 - Tez Çalışması (7 Sayfa)
 - Bilimsel Araştırma Evrakları (9 Sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof.Dr. Sabahattin AYDIN tarafından 24.07.2020 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrakınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 59-4FAXA6X1 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacak Mnh. Ekinçiler Cnd. No.19 Kavacak Kavşağı - Beykoz
34810 İstanbul

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f0ca4ad1-e78d-4856-9de1-27a4a26a8697 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

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



Dişkiye Tebliğ
Aile Cel.

T.C.
DİYARBAKIR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

DİYARBAKIR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - DİYARBAKIR

EĞİTİM HİZMETLERİ BİRİMİ
17.08.2020 23:55 - 99410089 - 771 - E.334



00123762618

Sayı : 90410089-771
Konu : Berivan DOĞAN'ın Çalışması

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: 24/07/2020 tarihli ve 97893136-1443 sayılı yazı.

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Program öğrencisi Berivan DOĞAN'ın "Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Aile Merkezli Bakım İlişkin Tutumlarının İş Doyumuna Etkisi" Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığımız bünyesindeki Bilimsel Araştırma İzin Komisyonu tarafından tez çalışması Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Klinik ve Polikliniklerinde uygun görülmüş olup, gerekli hassasiyetin gösterilmesi ve ilgili kişiye tebliğ edilmesi hususunda;

Gereğini arz/rica ederim.

Ekvedim Belgenin bir nüshasını elden aldım.
01.09.2020
Berivan DOĞAN

e-imzalıdır.
Dr.İhsan ESMER
Personel Hizmetleri Başkanı

Ek: Berivan DOĞAN'ın Evrakları

Dağıtım:
Gereği:
T.C. Sağlık Bakanlığı Diyarbakır Çocuk
Hastalıkları Hastanesi

Bilgi:
İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörlüğü

Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı (Eğitim Birimi) Elazığ Yolu Üzeri Eski İl İdaresi Yarı 2. Sanayi Sitesi Karşısı No:98 Yenışehir/Diyarbakır

Telefon: Faks No: "Daha İyi Bir Dünya İçin Kadına Şiddete Son"

e-Posta: il@diyarbakir.gov.tr İnternet Adresi: www.diyarbakir.gov.tr

Bilgi için: Gülfer ALVER

EBE

Telefon No: [04512250000](tel:04512250000)

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f02a4ad1-e78d-4856-9de1-27a4a26a8697 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.