

**Pedriatri Yoğun Bakımdaki Sağlık Çalışanları ve Ebeveynlerin Aile Merkezli Bakıma Yönelik Görüşlerinin Karşılaştırılması**

Comparison of Perspectives Intensive care Unit Health Care Providers and Parents of Hospitalized Child for Family Centered Care

Siğnem ANOL<sup>1,\*</sup>, Murat BEKTAŞ<sup>2</sup>

**Özet**

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı; Pedriatri Yoğun Bakım Ünitesi (PYBÜ) sağlık çalışanları ile çocuğu yatan ebeveynlerin Aile Merkezli Bakıma (AMB) yönelik görüşlerinin karşılaştırılmasıdır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılan araştırma; PYBÜ'nde çalışan 34 Hemşire, 50 Hekim, PYBÜ'de çocuğu yatan 137 anne ve 55 baba olmak üzere 192 ebeveynin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı tarafından ebeveyn ve sağlık ekibi için hazırlanan görüşme formundan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik ve ortalama hesaplamaları, tek yönlü varyans analizi, ileri analiz için Shaffe testi ve Bonferroni düzeltilmiş iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Hekim, hemşire ve ebeveynlerin AMB'a yönelik aldıkları form toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ). AMB'a yönelik Görüşme Formunun alt boyutları incelendiğinde ise Ailenin Değişmezliği ve Sürekliliği, Ebeveyn ve Ekip İşbirliği, Ailenin Bireyselliği, Aile ile Bilgi Paylaşımı, Aileler Arası Bilgi ve Deneyim Paylaşımı, Aile İçin Duygusal Destek Sağlanması, Aile İçin Finansal Destek Sağlanması ve Sağlık Politikalarının Tasarımı alt boyutlarına ilişkin hekim, hemşire ve ebeveynlerin toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ). Aile ve Çocukların Gelişim İhtiyaçları alt boyutuna yönelik hekim, hemşire ve ebeveynlerin toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p<0.01$ ).

**Sonuç:** Ebeveynlerin sağlık çalışanlarına göre AMB'a yönelik daha olumlu görüşlere sahip olduğu saptanmıştır. Hekim ve Hemşirelerin AMB'a yönelik görüşleri arasında bir farkın olmadığı saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının AMB'a yönelik olumlu algılarının artırılması için lisans eğitimlerinde ve hizmet içi eğitim programlarında AMB'a daha fazla yer verilmesi önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Aile merkezli bakım, pedriatri yoğun bakım ünitesi, sağlık ekibi

**Abstract**

<sup>1</sup> Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, signemanol@gmail.com

<sup>2</sup> Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, mbekta@gmail.com

\*Sorumlu Yazar

**Geliş Tarihi / Received:** 07.05.2021

**Kabul Tarihi/Accepted:** 09.08.2021

**Objective:** The aim of this study was to compare of views for Family-Centered Care (FCC) of Pediatric Intensive Care Unit (PICU) health care providers and the parents of hospitalized children

**Method:** The type of research conducted is descriptive and cross-sectional; was carried out with the participation of 34 nurses and 50 doctors who working at PICU, 192 parents including 137 mothers and 55 fathers of hospitalized children at PICU. For the evaluation of the data obtained from interview form prepared by the researcher for parents and the health care providers, Percentage and Average Calculations, One-Way Analysis of Variance, for further analysis Shaffe Test and Bonferroni-Correction significance test of difference between the two average were used.

**Results:** The difference between the total average scores of the form by taken from doctors, nurses and parents intended for FCC were found to be statistically significant at the advanced level ( $p<0.01$ ). When the FCC's interview form of the sub dimensions is examined individually; the difference between the total average scores by taken from doctors, nurses and parents intended for Stability and Continuity of the Family, Parent and Team Collaboration, The individuality of the families, Information Sharing with Family, Sharing of information and Experience between families, Providing emotional support for the family, the sub-dimensions on the design of health policies were found to be statistically significant at the advanced level ( $p<0.01$ ). The difference between the total average scores by taken from doctors, nurses and parents intended for the sub-dimensions on Family and Children's Development needs were not found to be statistically significant at the advanced level ( $p<0.01$ ).

**Conclusion:** It was found that parents have more positive views than health workers intended for FCC. It was found there were no differences between the doctors and nurses views intended for FCC. It is recommended that more space be given to FCC in undergraduate education and in-service training program for increase positive perceptions intended for the FCC of health providers.

**Keywords:** Family-centered care, pediatric intensive care unit, health care team

## GİRİŞ

Tüm toplumlarda çocuklar, geleceğin yetişkini olarak özenle yetiştirilen, eğitilen ve eldeki olanakların en üst düzeyde kullanılarak, tüm gereksinimleri karşılanan değerli bireylerdir (Er, 2006). Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinden biri olan beş yaş altı ölüm oranlarını azaltması yönelik yapılan çalışmalarda 2019 yılında dünyada 38/1000 iken Avrupa bölgesinde 5/1000, ülkemizde ise TÜİK verilerine göre beş yaş altı ölüm oranının 2019 yılında 11.2/1000 olduğu saptanmıştır (UNICEF, 2020; TÜİK, 2019). Ülkemizdeki çocuk ölümleri yıllar içerisinde bir düşüş göstermiş olsa da Avrupa standartlarına göre hala çok yüksektir (Çocuk Acil Tıp Ve Yoğun Bakım Derneği (ÇAYD, 2015). Bu aşamada koruyucu sağlık hizmetleri yanı sıra; çocuklara yönelik yoğun bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi önem kazanmaktadır (ÇAYD, 2015). Çocuk yoğun bakım süreci; çocuğun biyopsikososyal gelişimini ve aile işleyişini olumsuz etkiler (Hartman, Williams, Hall, Bosworth & Piantino, 2020).

Çocuğun yoğun bakım ünitesine kabulünü takiben, hastalığına ve iyileşmeye yönelik endişeler, çocuk ve ebeveynin ayrı kalması, ebeveynlerin Pediatri Yoğun Bakım Ünitesi'ndeki (PYBÜ) rollerine yönelik belirsizlikler, ebeveynlerin sağlık personeli ile yaşadıkları iletişim problemleri nedeniyle hem çocuklar hem de ebeveynler endişe verici derecede yüksek akut stres, travma sonrası stres ve kontrol kaybı yaşadıkları görülmektedir (Hagstrom, 2017; Hill, Knafl & Santacroce, 2018; Noergaard, Ammentorp, Garne, Fenger-Gron & Kofoed, 2018; Nelson, Lachman, Li & Gold, 2019; Iwata, Han, Hays & Doorenbos, 2019). Bu nedenle; çocuğun ve ebeveynin yoğun bakımdaki stresinin erken tanınması ve yönetimi, her ikisinin de olaylar üzerinde kontrol sağladığı duygusunu oluşturabilmek ve güven hissini arttırmak açısından önemli bir yere sahiptir (Atay, Eras & Ertem, 2011; Hagstrom, 2017).

PYBÜ'nde ailenin varlığı tarihsel olarak incelendiğinde; 20. yy'ın ilk yarısında bulaşıcı hastalıkların artması ve izolasyon tekniklerinin öneminin kavranmasıyla benimsenen hastane bakım modeline ek olarak hız kazanan teknolojik gelişmelerle birlikte profesyonellik kabul görmüş ve ebeveynler tamamen arka planda kalmıştır (Jolley & Shields, 2009). Ancak 20. yy'ın ikinci yarısında ise müşteri odaklı hizmet anlayışının gelişmesi, Hastanede Yatan Çocuk Hakları Bildirgesi (1996) ve Platt Raporunun (1959) yayınlanmasıyla birlikte ailenin bakıma katılımı sağlık ve çocuk gelişimi alanlarındaki yeri önem kazanmıştır (American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care, 2012).

Çocuğun gelişimsel ve psikososyal ihtiyaçlarının karşılanmasında ve iyilik halinin desteklenmesinde ailenin rolüne yönelik farkındalığın artmasıyla birlikte; Aile Merkezli Bakım (AMB) 20.yy'ın ikinci yarısından itibaren sağlık bakımında önemli bir kavram olarak ortaya çıkmıştır (Abela, Wardell, Rozmus & Lo Biondo-Wood, 2020). AMB, sadece çocuğu bireysel olarak değil, tüm aile üyelerini sağlık hizmetleri içerisinde 'bakım alıcı' olarak kabul eden ve planlanan bir bakım yoludur (Jolley & Shields, 2009). Ailenin de bakıma katılmasını temel alan bu yaklaşım; itibar ve saygı, bilgi paylaşımı, ailenin bakımda yer alması ve aile ile işbirliği olmak üzere dört bileşene temellendirilir (Jolley & Shields, 2009).

Ailenin sağlık ekibine dahil edildiği çalışmalarda; PYBÜ'nde çocuğun kabulünden itibaren başlayan ve taburculuk sonrasında da önemli oranda devam eden travma sonrası stres bozukluğu olarak tanımlanan psikopatolojik tabloyu azalttığı gözlenmiştir (Baker & Gledhill, 2017; Iwata ve ark., 2019). Ek olarak ebeveynlerin bakıma katılması daha olumlu sağlık çıktılarına ulaşılmasına ve erken taburculuğa; sağlık personeli ile arasındaki saygı ve işbirliğinin artması, anksiyete düzeyinin azalmasına, memnuniyetinin artmasına, problem çözme becerisinin artmasına ve çocuğun bakımında yeterlilik ve güven duygusu yaşamalarını sağlamaktadır (Rea, Rao, Hill, Saylor & Cousino, 2018).

AMB'ın istendik düzeyde uygulanabilmesi için kurumun bakım felsefesi olarak AMB'ı benimsemesi gereklidir. Yapılan çalışmalarda; sağlık sistemindeki organizasyon eksikliği, sağlık ekibine yönelik bireysel engeller (iletişim, aileye yüklenen değer, vb.) ya da AMB uygulanmasına yönelik gereksinimlerin net olmaması gibi nedenlerle AMB uygulamalarının istendik düzeyde olmadığı göstermektedir (Ovacık, 2012; Kiwanuka, Shayan & Tolulope, 2019; Greenway ve ark., 2019). Bu nedenle AMB'ın benimsenebilmesi için sağlık ekibinin ve ebeveynlerin görüşlerinin belirlenmesi ve karşılaştırılması, kurumun güçlü-güçsüz yönlerinin belirlenmesiyle birlikte AMB'a yönelik politikaların geliştirilmesi gerekmektedir. Uluslararası alanda çok sayıda çalışmaya rastlanabilmesine rağmen (Abdulkaki, Gaafar & Wazıry, 2011; Bellin, Osteem, Hefferman, Levy & Snyder-Vogel, 2011; Smith-Mac Donald ve ark., 2019); ülkemizde PYBÜ'ndeki sağlık ekibi ve ebeveynlerin AMB'a yönelik görüşlerini karşılaştıran sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır (Ovacık, 2012). Bu nedenle bu alışma PYBÜ'ndeki sağlık ekibi ve ebeveynlerin AMB'a yönelik görüşlerini karşılaştırmak amacıyla uygulanmıştır.

## **YÖNTEM**

### **Araştırmanın Tipi**

Bu alışma tanımlayıcı karşılaştırmalı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

### **Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih**

Araştırma Nisan 2014-Aralık 2014 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Pediatri Yoğun Bakım Ünitesi'nde yapılmıştır.

### **Araştırmanın Evreni/Örnekleme**

Araştırmanın evreni pediatri yoğun bakım ünitesinde çalışan hekim (n=50) ve hemşireler (n=34) ile pediatri yoğun bakımda çocuğu yatan ebeveynlerin tümü oluşturmakta olup; araştırmanın örneklemini ise Nisan 2014-Aralık 2014 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Pediatri Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalışan hekim ve hemşirelerin tümü ile çocuğu yatan ebeveynler oluşturmaktadır. Çalışmanın yapıldığı yıl kliniğin yıllık ortalama hasta kabulü 400 ve ebeveyn sayısının ise 800 olduğu saptanmıştır.

Çalışma için gerekli olan örnekleme hesaplaması GPOWER istatistik analiz programında Tip I hata 0.05, Tip II hata 0.20 alınarak Bellin ve arkadaşlarının (2011) alışmalarındaki puan ortalamalarının karşılaştırılmasında

kullanılan Mixed Model Varyans analizi tablosu sonuçları kullanılarak her bir grup için (10 hemşire, 10 hekim ve 10 ebeveyn) gerekli örneklem büyüklüğünü 10 kişi, toplam örneklem sayısının 30 kişi olduğu belirlenmiştir. Çalışma kapsamına alınan değişkenler arasındaki ilişkilerin daha net gösterilebilmesi için; PYBÜ’nde çalışan gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden 34 hemşire ve 50 hekimlerin tamamı ile çocuğu PYBÜ’nde yatan ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden 192 ebeveyn örnekleme alınmıştır.

#### *Örnekleme Seçme Kriterleri:*

- *Hemşireler için:* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi PYBÜ’nde en az üç aydır hemşire olarak görev alan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hemşireler,
- *Hekimler için:* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi PYBÜ’nde en az üç aydır görev alan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hekimler
- *Ebeveynler için:* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi PYBÜ’nde en az 24 saattir çocuğu bakım ve tedavi görüyor olan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden anne veya babalar araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

#### **Veri Toplama Araçları ve Özellikleri**

Araştırma için gerekli verileri toplamak amacıyla literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanan aşağıdaki veri toplama formları kullanılmıştır;

#### **Ebeveyn Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu**

Ebeveyn Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu toplam 20 kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Bu formda ebeveynlerin yaşı, eğitim durumu ve mesleği; çocuğun yaşı, cinsiyeti ve sosyal güvencesi; aile tipi, ailenin diğer çocuk sayısı ve cinsiyeti; evdeki aile üyelerine bakacak kimsenin varlığı, çocuğun hastanede kaldığı süre içinde ebeveynlerin nerede kaldığı; ebeveynin daha önce hastanede kalma deneyiminin varlığı ve süresi; ebeveynin çocuk kaybı deneyiminin varlığını içermektedir. Ayrıca ebeveynin çocuğu ile hastanede kalmanın maddi olarak olumsuz etkilenip etkilenmediği ve ebeveynin çocuğunun hastalığı nedeniyle üzüntü ve endişe yaşayıp yaşamadığını, yaşıyor ise duygularını kimlerle paylaşabildiğini içeren sorulardan oluşmaktadır.

#### **Sağlık Personeli Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu**

Sağlık Personeli Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu toplam altı kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Bu formda katılımcının yaşı, mesleği, eğitim durumu, çalıştığı birim, mesleğinde çalışma süresi ve daha önce AMB’a yönelik eğitim alıp almadığını içeren sorulardan oluşmaktadır.

#### **Ebeveyn ve Sağlık Personeli Aile Merkezli Bakıma Yönelik Veri Formu**

Literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanan Ebeveyn ve Sağlık Ekibi Aile Merkezli Bakıma Yönelik Veri Formu, aile merkezli bakım ilkeleri doğrultusunda 70 madde içermektedir. Hazırlanan Ebeveyn ve Sağlık Ekibi Aile Merkezli Bakıma Yönelik Veri Formu’na yönelik; iki Uzman Pediatri Yoğun Bakım Hekimi (Öğretim Üyesi), bir Pediatri Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi ve üç Hemşire Öğretim Üyesi olmak üzere altı kişiden uzman görüşü alınmıştır. Uzmanlar arasında forma yönelik görüş birliğinin olduğu saptanmıştır. Altı uzman için olması gereken minimum değer 0.99 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada

uzmanların maddelere verdikleri puanların kapsam geçerlilik oranları 0.67-1.0 arasında değişmektedir. Çalışmada Kapsam Geçerlilik İndeksi .995 olarak hesaplanmıştır. Uzmanlar arasında ileri düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir görüş birliğinin olduğu belirlenmiştir

Ebeveyn ve sağlık personeli için kullanılan her iki form birbirine paralel form olup; ebeveynler için hazırlanan formdaki tıbbi terimler ebeveynlerin anlayacağı dilde Türkçeleştirilmiştir. AMB'a Yönelik Veri Formu 9 alt boyut ve 70 maddeden oluşmaktadır. Formun maddeleri 3'lü likert tipi şeklinde puanlanmaktadır (Katılmıyorum=1, Kararsızım=2, Katılıyorum=3). Formun toplamından değerlendirme sonucunda en yüksek 210 puan ve düşük 70 puan alınmaktadır. Formun değerlendirilmesi sonucunda bireyin yüksek puan alması aile merkezli bakıma yönelik algısının olumlu yönde olduğunu göstermektedir. Formun alt boyutları ise;

1) *Ailenin değişmezliği ve sürekliliği (A boyutu-8 madde)*: Ailenin, çocuğun yaşamındaki sürekliliğinin ve öneminin kabul edilmesi anlamına gelmektedir.

2) *Ebeveyn ve ekip işbirliği (B boyutu-18 madde)*: Aile ve sağlık personeli arasındaki işbirliğini sağlık bakımının her düzeyinde kolaylaştırılması ve sağlanması anlamına gelmektedir.

3) *Ailenin bireyselliği (C boyutu-6 madde)*: Ailelerin ırk, etnik, kültürel ve sosyoekonomik farklılıkları kabul etmek ve bu farklılıklara saygı gösterilmesi anlamına gelmektedir.

4) *Aile ile bilgi paylaşımı (D boyutu-8 madde)*: Ebeveynlerle çocuğa ilişkin bilgileri sürekli ve eksiksiz olarak paylaşılması anlamına gelmektedir.

5) *Aileler arası bilgi ve deneyim paylaşımı (E boyutu-4 madde)*: Ailelerin birbirini desteklemesini ve iletişim ağını kolaylaştırılması ve desteklenmesi anlamına gelmektedir.

6) *Aile ve çocukların gelişim ihtiyaçları (F boyutu-9 madde)*: Bebeklerin, çocukların, adölesanların ve ailelerin gelişimsel gereksinimlerini anlamak ve bunları sağlık bakım sistemi ile bütünleştirmek anlamına gelmektedir.

7) *Aile için duygusal destek sağlanması (G boyutu-8 madde)*: Ailelerin güçlü yönlerini ve bireyselliğini tanımak ve farklı baş etme yöntemlerine saygı göstermek anlamına gelmektedir.

8) *Aile için finansal destek sağlanması (H boyutu-5 madde)*: Ailenin finansal gereksinimlerinin tanımlanması çözüm önerileri sunulması anlamına gelmektedir.

9) *Sağlık politikalarının tasarımı (I boyutu-4 madde)*: Sağlık politika ve programlarını ailelerin gereksinimlerini karşılayacak şekilde düzenlemek anlamına gelmektedir.

### **Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin normal dağılımında olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov Testi ve Shapiro-Wilk-W Testi ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizi bilgisayar ortamında SPSS 15 paket programı ile yapılmıştır. Sağlık Ekibi Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu ve Ebeveyn Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu verileri Yüzdeler ve Ortalama Hesaplamaları kullanılmıştır. Sağlık Ekibi Aile Merkezli Bakıma Yönelik Veri Formu ve Ebeveyn Aile Merkezli Bakıma Yönelik Veri Formlarına ilişkin uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Kapsam Geçerlilik indeksi kullanılmıştır. Ailelerin, Hemşirelerin ve Hekimlerin Aile Merkezli Bakıma Yönelik Görüş Puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans Analizi, ileri analiz için Shaffe

testi ve Bonferroni düzeltilmiş iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0.05 kabul edilmiştir.

### **Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın planlama aşamasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Pediatri Yoğun Bakım Ünitesi'nde sorumlu hekiminden uygulama için sözel onam alınmasının ardından; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na 18.04.2014 tarihli B.30.2.EGE.0.20.05.00/EY/493 sayılı 14-4.1/35 karar numarasıyla etik kurul onayı ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 72.707.009-4333 sayılı ve 21.10.2013 tarihli hastane izin yazısı alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden hekim, hemşire ve ebeveynlerden yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

### **Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu çalışmanın sınırlılığı, çalışmada gelişigüzel örneklem yönteminin kullanılması ve çalışmaya sadece katılmayı gönüllü olan ebeveynlerin alınmasıdır.

## **BULGULAR**

Çalışmaya 137 anne ve 55 baba olmak üzere 192 ebeveyn katılmış olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin yaş ortalamalarının  $33.79 \pm 7.70$  olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan annelerin eğitim düzeylerinin %37,3'ünün ilkokul, %25.5'inin lise, %13.9'unun ise üniversite mezunu olduğu; babaların ise, %38.2'sinin ilkokul mezunu, %25.5'inin lise mezunu, %18.2'sinin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan annelerin %76,6'si ev hanımı, %8.8'inin memur, %8.0'inin işçi ve %6.6'sinin serbest meslek yaptığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan babaların %14.5'inin memur, %47.3'ünün işçi, %38.2'sinin de serbest meslek yaptığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan ailelere ve ebeveynlerin hastane deneyimlerine ilişkin bilgiler Tablo.1'de verilmiştir.

**Tablo 1.** Aileye İlişkin Özellikler (n=192)

<b>Aileye İlişkin Özellikler</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek Aile	132	68.8
Geniş Aile	55	28.6
Parçalanmış Aile	5	2.6
<b>Ailedeki Çocuk Sayısı</b>		
1	60	31.2
2	86	44.8
3	28	14.6
4 ve üzeri	18	9.4
<b>Evdeki Bireylere Bakacak Kimse Varlığı</b>		
Var	109	56.8
Yok	83	43.2

<b>Hastanede Kalmannın Ailenin Maddi Durumuna Olumsuz Etkisi</b>		
Var	154	80.2
Yok	38	19.8
<b>Hastanede Kalmannın Ailenin Manevi Açından Olumsuz Etkisi</b>		
Var	182	94.8
Yok	10	5.2
<b>Ebeveynin Yaşadığı Sıkıntıları Paylaşabildiği Kişiler</b>		
Aile	126	65.6
Hiç kimse	24	12.5
Diğer Hasta Yakınları	5	2.6
<b>Ebeveynin Hastanede Kaldığı Yer</b>		
Koridor	48	25.0
YBÜ Aile odası	36	18.8
Bahçe	25	13.0
KİT-VAK (Misafirhane)	6	3.1

Çalışmaya katılan ebeveynlerin PYBÜ’nde yatan çocukların yaşlarının dağılımları Tablo 2’de verilmiştir. Çocukların %33’ünün 1-12 ay arasında olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 2.** Ebeveynlerin PYBÜ’de Yatan Çocuklarına İlişkin Tanımlayıcı Özellikler (n=192)

<b>Çocuğun Yaşı</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1 ay-12 ay	64	33.3
13 ay-3 yaş	43	22.4
4 yaş-6 yaş	28	14.6
7 yaş -12 yaş	28	14.6
13-18 yaş	29	15.1

Çalışmaya katılan hemşirelerin %41.2’sinin 13 ay -5 yıl arasında çalıştığı, %79.4’ünün daha önce aile merkezli bakıma yönelik kurs ya da özel bir eğitim almadığı; hekimlerin %60’ının 13 ay -5 yıl arasında çalıştığı ve %90’ının daha önce aile merkezli bakıma yönelik kurs ya da özel bir eğitim almadığı belirlenmiştir. Sağlık ekibinin tanımlayıcı özellikleri Tablo.3’ de verilmiştir.

**Tablo 3.** Sağlık Ekibinin Tanımlayıcı Özellikleri

<b>Sağlık Ekibinin Tanımlayıcı Özellikleri</b>	<b>Hemşire</b>		<b>Hekim</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Meslekte yoğun bakımda çalışma süresi</b>				
3 ay – 12 ay	13	38.2	14	28
13 ay -5 yıl	14	41.2	30	60
6 yıl – 10 yıl	5	14.7	6	12
11 yıl ve üzeri	2	5.9	-	-
<b>Aile merkezli bakıma yönelik daha önce kurs ya da özel bir eğitim alma durumu</b>				
Evet	7	20.6	5	10
Hayır	27	79.4	45	90

Sağlık personeli ile ebeveynlerin form toplam puan ortalamaları ve alt boyutlardan aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo.4’de verilmiştir. Aile merkezli bakıma yönelik

aldıkları form toplam puan ortalamaları incelendiğinde ebeveynlerin aldıkları toplam puan 196.6±11.4, hemşirelerin 187.4±16.3; hekimlerin ise 184.4±16.6 olduğu saptanmıştır. Ailenin değişmezliği ve sürekliliği alt boyutuna yönelik ebeveynlerin aldıkları toplam puan 21.3±2.0, hemşirelerin 19.1±3.2 iken hekimlerin 18.5±3.7'dir. Ebeveyn ve ekip işbirliği alt boyutuna yönelik ebeveynlerin formdan aldıkları toplam puan 50.1±4.4, hemşirelerin 48.1±5.2 iken hekimlerin 48.3±4.9'dir. Ailenin bireyselliği alt boyutuna yönelik ebeveynlerin formdan aldıkları toplam puan 16.4±2.0, hemşirelerin 15.6±2.4 iken hekimlerin 15.2±2.5'dir. Aile ile bilgi paylaşımı alt boyutuna yönelik ebeveynlerin formdan aldıkları toplam puan 23.4±1.5, hemşirelerin 22.9±1.6 iken hekimlerin 19.3±2.0'dir. Aileler arası bilgi ve deneyim paylaşımı alt boyutuna yönelik ebeveynlerin formdan aldıkları toplam puan 11.3±1.2, hemşirelerin 10.2±2.3 iken hekimlerin 10.4±2.3'dir. Aile için duygusal destek sağlanması alt boyutuna yönelik ebeveynlerin formdan aldıkları toplam puan 22.7±1.7, hemşirelerin 21.7±2.4 iken hekimlerin 20.6±2.3'dir. Aile için finansal destek sağlanması alt boyutuna yönelik ebeveynlerin formdan aldıkları toplam puan 14.5±1.0, hemşirelerin 14.0±1.6 iken hekimlerin 13.7±1.7'dir. Sağlık politikalarının tasarımı alt boyutuna yönelik ebeveynlerin formdan aldıkları toplam puan 11.1±1.3, hemşirelerin 10.0±1.4 iken hekimlerin 10.0±1.8'dir.

Ebeveyn, hemşire ve hekimlerin form toplam puan, ailenin değişmezliği ve sürekliliği, ebeveyn ve ekip işbirliği, ailenin bireyselliği, aile ile bilgi paylaşımı, aileler arası bilgi ve deneyim paylaşımı, aile için duygusal destek sağlanması, aile için finansal destek sağlanması ve sağlık politikalarının tasarımı alt boyutlardan aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde farkın hemşirelerin puan ortalamaları ile ebeveynlerin puan ortalamalarından ve hekimlerin puan ortalamaları ile ebeveynlerin puan ortalamalarından kaynaklandığı belirlenmiştir. Aile ve çocukların gelişim ihtiyaçları alt boyutuna ebeveynlerin formdan aldıkları toplam puan 25.7±1.8, hemşirelerin aldıkları toplam puan 25.7±2.0 iken hekimlerin aldıkları toplam puan 25.6±1.8'dir. Ebeveyn, hemşire ve hekimlerin toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Tablo.4.** Sağlık Personeli ile Ebeveynlerin Form Toplam Puan Ortalamaları ve Form Alt Boyutlardan Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

	Form Alt Boyutlarına Ait Puan Ortalamaları (X±SS)									
	TPO	ADS	EEİ	AB	ABP	AABDP	AÇĞİ	ADDS	AFDS	SPT
<b>Ebeveyn (n=192)</b>	196.6±11.4	21.3±2.0	50.1±4.4	16.4±2.0	23.4±1.5	11.3±1.2	25.7±1.8	22.7±1.7	14.5±1.0	11.1±1.3
<b>Hemşire (n=34)</b>	187.4±16.3	19.1±3.2	48.1±5.2	15.6±2.4	22.9±1.6	10.2±2.3	25.7±2.0	21.7±2.4	14.0±1.6	10.0±1.4
<b>Hekim (n=50)</b>	184.4±16.6	18.5±3.7	48.3±5.2	15.2±2.5	19.3±2.0	10.4±2.3	25.6±1.8	20.6±2.3	13.7±1.7	10.0±1.8
<b>F</b>	20.957	31.311	4.849	7.777	129.678	12.363	0.082	26.427	9.568	16.661
<b>P</b>	0.000	0.000	0.009	0.001	0.000	0.000	0.921	0.000	0.000	0.000

TPO: Toplam Puan Ortalamaları; ADS: Ailenin Değişmezliği ve Sürekliliği; EEİ: Ebeveyn ve Ekip İşbirliği; ABP: Aile ile Bilgi Paylaşımı AB: Ailenin Bireyselliği; AABDP: Aileler Arası Bilgi ve Deneyim Paylaşımı; AÇĞİ: Aile ve Çocukların Gelişim İhtiyaçları; ADDS:Aile için Duygusal Destek Sağlanması; AFDS:Aile için Finansal Destek Sağlanması; SPT: Sağlık Politikalarının Tasarımı



## TARTIŞMA

AMB sunumunun etkili olması için; sağlık ekibinin yaklaşımı ile ebeveynlerin ve çocukların gereksinimleri ile uyumlu hale getirilmesi gerekmektedir (Foster, Whitehead, Arabiat & Frost, 2018). Bu çalışmada literatürden yararlanılarak hazırlanan AMB felsefesinin tüm unsurlarını içeren Ebeveyn ve Sağlık Ekibinin AMB'a yönelik veri formunun değerlendirilmesi sonucunda saptanan katılımcıların AMB'a yönelik olumlu ya da olumsuz algıları incelenmiştir.

Bu çalışmada ebeveyn, hemşire ve hekimlerin form toplam puanları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Bu çalışma sonucu ebeveynlerin sağlık personeline göre AMB'a yönelik daha olumlu görüşlere sahip olduğunu göstermiştir. Bu bulgunun nedenin sağlık personelinin ebeveynlerin katılımı ile yaşanabilecek sorunlara yönelik kaygılar (yetersizlik duygusu, sağlık hizmet olanaklarındaki alt yapı eksikliği, enfeksiyon riski ya da yasal sorunlar vb.) olduğu düşünülmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki çalışmalarda ebeveyn ve sağlık personelinin AMB'a yönelik görüşlerinin olumlu olduğu saptanmasına rağmen (Bellin ve ark., 2011; Foster, Whitehead & Maybee, 2016); sağlık personelinin hastane ortamındaki gürültüyü ve kalabalığı en aza indirme ve enfeksiyonları önleme çabası, sağlık personelinin yoğun iş ortamında ebeveynleri doğrudan bakıma katmak ve onları gözlemek için yeterli zamanlarının olmaması nedenleriyle sağlık personelinin ebeveynlere göre daha olumsuz görüşe sahip olduğu saptanmıştır (Abdulkaki ve ark., 2011; Şener & Karaca, 2017). Ayrıca sağlık personeli bakımın girişim ve ağrı düzeyi arttıkça yasal süreç korkusu, zaman eksikliği, AMB'a yönelik eğitim eksikliği, kültürel bilgi eksikliği, aileyle yaşanan iletişim sorunları gibi nedenlerle ebeveynlerin varlığını kabul etmez iken (Mackay, 2010); sağlık ekibinin eğitim düzeyi, yaş ve klinik deneyim süresi arttıkça AMB'a yönelik görüşlerinin olumlu yönde etkilendiği saptanmıştır (Okunola ve ark., 2017). Bir çok ebeveynin ise çocuklarının bakımında yer almaktan memnun ve gerçek arzularının çocuğuna en iyi bakımın verilmesine ilişkin görüşlerinin sağlık personeli tarafından kabul edilmesi olduğu görülmektedir (Okunola ve ark., 2017; Segers, Ockhuijsen, Baarendse, van Eerden, & van den Hoogen, 2018; Foster ve ark., 2018). Özetle literatür incelendiğinde ebeveynler ve sağlık personelinin AMB felsefesine yönelik algılarının sosyokültürel özelliklerin yanı sıra sağlık ekibinin AMB'a yönelik eğitim alma ya da ebeveynlere yönelik yaşadığı kaygılara göre değişebileceği görülmektedir.

Çalışmamızdaki ebeveyn hemşire ve hekimlerin Ailenin Değişmezliği ve Sürekliliği alt boyutundan aldıkları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Bu çalışma sonucu ebeveynlerin sağlık personeline göre Ailenin Değişmezliği ve Sürekliliği alt boyutu hakkında daha olumlu görüşlere sahip olduğunu göstermiştir. Bu bulgunun nedeninin; yoğun çalışma ortamı, yasal endişeler ve ebeveynlerin çocuğunun bakımı ya da tedavinin uygulanması sırasındaki beklentilerinin fazla olması nedeniyle sağlık personelinin ebeveynlere göre klinik içindeki ailenin değişmezliği ve sürekliliği konusunda daha az olumlu görüşe sahip olduğu düşünülmektedir (Mackay, 2010; Şener & Karaca, 2017; Gupta ve ark., 2017). Literatür incelendiğinde, ebeveynlerin pediatri kliniklerinde ebeveyn varlığının çocuk için sakin ve güvenli bir ortam sağladığını ifade ederken; sağlık ekibinin pediatri kliniklerinde ebeveyn

varlığına pozitif yaklaştığını ancak bazı profesyonel engeller ve eldeki sınırlı olanaklar nedeniyle uygun koşulların sağlanamadığı belirtilmektedir (Abdülbaki ve ark., 2011; Mackay, 2010; Şener & Karaca, 2017).

Bu çalışmada ebeveyn hemşire ve hekimlerin Ebeveyn ve Ekip İşbirliği alt boyutundan aldıkları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Bu çalışma sonucu ebeveynlerin sağlık personeline göre Ebeveyn ve Ekip İşbirliği alt boyutu hakkında daha olumlu görüşlere sahip olduğunu göstermiştir. Bu bulgunun nedeninin; sağlık ekibinin ebeveynlerin çocuğun bakımına dahil edilmesinin bakımın sunulma ve alınma şeklini etkilediğinin farkında olmasına rağmen (Foster ve ark., 2016; Hill, Knafl, Docherty & Santacroce, 2018); çocuğun bakım sürecine ayrılan zamanın uzaması, ebeveyn-sağlık ekibi iş birliğinin suistimal edilebileceği (sosyal etkileşime çevirme vb.), ebeveynin psikolojik baskısı ve tıbbi dava açılma riski olmaksızın çocuklara en iyi bakımı vermek konusunda etik ikilem yaşadığı saptanmıştır (Özkan & Arslan, 2017; Gupta ve ark., 2017; Şener & Karaca, 2017). Ayrıca sağlık personeli ebeveynleri çocuklarının bakımına kattıklarını düşünürken; ebeveynler ise katılımı yetersiz bulmakta ya da bunun aksine en iyi bakımı sağlık personelinin vereceği düşüncesiyle katılımı gerek görmemektedir (Doğan, 2010). Öte yandan sağlık personelinin bir kısmı ise ebeveynlerin fiziksel bakıma katılmasını desteklerken; diğer kısmı ise sadece psikolojik bakımına katılımını desteklemektedir (Abdülbaki ve ark., 2011). Richard ve arkadaşları (2017), PYBÜ’de sağlık ekibi ve ebeveynler arasındaki eşit olmayan güç ve otorite, ebeveyn rollerine yönelik klinikteki belirsizlikler, sağlık ekibi ve ailelerin çocuğun çıkarlarına ilişkin inanç farklılıkları, hekimlerin çocuğun tedavi seçeneklerine yönelik yönlendirme-sınırlama-tarafsız kalma ve ebeveynlerin kendi sonuçlarına varmalarına izin verme stratejileri gibi faktörlerin ebeveynlerin katılım seviyesinin belirlendiğini saptanmıştır (Richard, Starks, O’Connor & Doorenbos, 2017). Özetle; sağlık personeli yasal süreç korkusu, psikolojik baskı hissetmeleri ya da iş yükünün artması düşüncesi nedeniyle ebeveynle iş birliğine olumsuz görüşe sahip olduğu saptanırken, ebeveynlerin ise çocuklarının bakımına katılmak istemelerinin yanında bakımdaki girişimin düzeyi arttıkça ekiple işbirliğinden uzaklaştıkları saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan ebeveyn hemşire ve hekimlerin Ailenin Bireyselliği alt boyutundan aldıkları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Bu çalışma sonucu ebeveynlerin sağlık personeline göre Ailenin Bireyselliği alt boyutu hakkında daha olumlu görüşlere sahip olduğunu göstermiştir. Bu bulgunun nedeninin sağlık personelinin yoğun bakım ortamında ebeveynlerle geçen sınırlı görüşmeler sırasında ailelerin bireysel ve kültürel özelliklerini tanımaya zaman ayırmaması ya da sağlık personelinin ailenin kültürel/geleneksel özelliklerini bilmeyi önemli bulmaması olduğu düşünülmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki çalışmalarda sağlık personelinin bireylere sosyokültürel açıdan saygılı bir bakım sunulmasını desteklerken (Bellin ve ark., 2011); gelişmekte olan ülkelerdeki çalışmalarda ise bireylerin sosyokültürel farklılıklarını bir engel olarak görmekte ve bireylerin sosyokültürel özelliklerinin önemini farkında olmadığı saptanmıştır (Mackay, 2010). Literatürde ailenin bireyselliğinin önemi sağlık personeli tarafından desteklendiğini gösteren yeterli bulgulara rastlanamadığı ve sağlık personelinin kültürel duyarlılığa yönelik eğitim gereksiniminin olduğu düşünülmektedir.

PYBÜ’ndeki ebeveynler için; tedavi seçenekleri açıklayan, çocuğunun bakım planlarına ilişkin detayları veren ve ebeveynlerinin anladığı dilde konuşan sağlık ekibi ile aralarındaki bilgi alışverişinin değerli olduğu (Hill ve ark., 2018); ebeveynler ile hemşireler arasındaki olumlu ilişkilerin çocuk ve aileye sağlanan bakımın kalitesini arttırmaya katkı sağladığı, çocuk ve ailesinin stres düzeyinin azaldığı saptanmıştır (Foster ve ark., 2016; October, Dizon & Roter, 2018; Şener & Karaca, 2017). Çalışmamızdaki ebeveyn hemşire ve hekimlerin Aile ile Bilgi Paylaşımı alt boyutundan aldıkları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Bu çalışma sonucu ebeveynlerin sağlık personeline göre Aile ile Bilgi Paylaşımı alt boyutu hakkında daha olumlu görüşlere sahip olduğunu göstermiştir. Bu bulgunun nedeninin; sağlık personelinin çocuğun genel durumu hakkında ebeveyne yanlış bilgi verme korkusu ya da fazla bilginin ebeveynin anksiyetesini arttırabileceği düşüncesi olduğu düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde ise sağlık personeli ebeveynlere yeterli ve dürüstçe bilgi verdiğini düşünürken (Doğan, 2010); ebeveynler ise sağlık personelinin onları dinlememeleri ve kaba davranmaları gibi iletişim problemleri yaşamalarıyla birlikte yeterli bilgi alamadıkları ifade edilmektedir (Berman ve ark., 2018; Foster ve ark., 2016; Şener & Karaca, 2017). Bu uyumsuzluğun edeninin sağlık personeli ve ebeveynlerin daha önceki deneyimleri, ebeveynlerin eğitim durumu ve anksiyete düzeyi, bilgi verilen ortamın özellikleri olabileceği düşünülmüştür (Doğan, 2010). Literatürdeki sonuçları bizim çalışma sonuçlarımızla uyumlu olduğu saptanmıştır; sağlık personelinin aile ile bilgi paylaşımına yönelik ebeveynlere göre daha olumsuz görüşlere sahip olduğu görülmektedir (Doğan, 2010).

Bizim çalışmamızda ebeveyn hemşire ve hekimlerin Aileler arası Bilgi ve Deneyim Paylaşımı alt boyutundan aldıkları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Bu çalışma sonucu ebeveynlerin sağlık personeline göre Aileler arası Bilgi ve Deneyim Paylaşımı alt boyutu hakkında daha olumlu görüşlere sahip olduğunu göstermiştir. Bu bulgunun nedeninin sağlık personelinin ebeveynlerle gerçekleşen sınırlı görüşmeleri sırasında ebeveynlerin sosyal destek gereksinimlerini değerlendirememelerinin yanında; benzer durumlara sahip ebeveynlerin paylaşımlarının öneminin farkında olmadıkları düşünülmektedir. Nitekim ebeveyn destek grup programı geliştirilen hastanelerde sağlık personelinin ebeveynlerin sosyal destek gereksiniminin gerekliliğini anlayabildiği ve kalıcı ebeveyn destek hizmetine sahip olma eğiliminde olduğu saptanmıştır (Do Vale, Souza & Carmona, 2005). Literatürdeki çalışmalarda benzer durumlara sahip ebeveynlerle konuşmayı önemsiz bulan ebeveynlerin de olmasına karşın (Mundy, 2010); diğer ebeveynlerle konuşmaya ihtiyaç duyan ebeveynlerin çoğunlukta olduğu saptanmıştır (Do Vale ve ark., 2005). Ebeveynler ebeveyn destek gruplarının geliştirilen pozitif ebeveynlik becerilerinin yanı sıra umut, tavsiye ve sosyal destek açısından yararlı bulduklarını ifade etmişlerdir (Pearson & Andersen, 2001). Literatürdeki çalışma sonuçları bizim çalışma sonucumuzla benzer olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada ebeveyn hemşire ve hekimlerin Aile ve Çocukların Gelişim İhtiyaçları alt boyutundan aldıkları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.01$ ). Ancak bu çalışma sonucu ebeveyn, hemşire ve hekimlerin de Aile ve Çocukların Gelişim İhtiyaçları alt boyutu hakkındaki puan ortalamalarının yüksek olduğu, diğer bir ifadeyle ebeveynleri ve sağlık ekibinin Ailenin ve

Çocukların Gelişim İhtiyaçları alt boyutuna yönelik olumlu görüşlere sahip olduğunu göstermiştir. Bu bulgunun nedeninin çalışmamızda yer alan hastanenin ailenin ve çocukların gelişim ihtiyaçlarını karşılamakta yetersiz kalması ve bu ailelerin olduğu kadar sağlık ekibinin de bu durumun farkında olduğunu göstermektedir. Literatür incelendiğinde çocuk kliniklerinin çocukların gelişimsel ihtiyaçlarına göre düzenlenmesini yararlı bulan sağlık personeli ve ebeveynler bulunmaktadır (Yıldırım & Muslu, 2006). Ancak gelişmekte olan ülkelerde sağlık personelinin azlığı nedeniyle çocuğun bakımına bir kısmının ebeveynlere devredilmesiyle birlikte; ebeveynlerin yorgunluk ve tükenmişlik yaşadığı ve sonuç olarak kendi gereksinimlerini (uyku, hijyen, dinlenme, vb.) bile karşılamakta zorlandıklarını gösteren çalışma sonuçları da bulunmaktadır (Şener & Karaca, 2017). Özetle; gelişmekte olan ülkemizde gelişmiş ülkelere göre çocuk ve ebeveynlerin gelişim ihtiyaçlarını yeterince karşılamadığı söylenebilir.

Çalışmamızda ebeveyn hemşire ve hekimlerin Aile için Duygusal Destek Sağlanması alt boyutundan aldıkları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Bu çalışma sonucu ebeveynlerin sağlık personeline göre Aile için Duygusal Destek Sağlanması alt boyutu hakkında daha olumlu görüşlere sahip olduğunu göstermiştir. Sağlık personelinin aileye duygusal destek sağlanması alt boyutuna yönelik ebeveynlerden daha az puan ortalamasına sahip olmasının en önemli nedeninin sağlık personelinin duygusal yükten kaçınması olduğu ya da yoğun bakım koşullarında ebeveynlere duygusal destek sağlayacak zamanı ayıramayacakları düşüncesi olabileceği düşünülmektedir. Benzer şekilde ebeveynlere duygusal destek sağlanmasına yönelik incelenen çalışmalarda sağlık personelinin; yoğun çalışma temposu ve duygusal yükten kaçınma gibi nedenlerle uygulanmaya geçirmediği saptanmıştır (Şener & Karaca, 2017). Nitekim ebeveynlerde çocuklarının hastalık sürecinde çocuklarının geleceğinden endişe etme, çaresizlik, evdeki diğer çocuklara yönelik endişeler, suçluluk duygusu ve sağlık personelinin yoğun olması gibi nedenlerle duygusal desteğe ihtiyaç duyduğu; ancak kendilerini anlamayacakları düşüncesi ve kendilerine yanıt vermemeleri gibi nedenlerle sağlık personelinden duygusal destek göremediklerini ifade ettikleri saptanmıştır (Berman ve ark., 2018; Şener & Karaca, 2017). Özetle; ailelerin sağlık personelinden duygusal destek alma konusundaki alt boyutumuzun sonuçları literatürle uyumlu olduğu saptanmıştır.

Çalışmada ebeveyn hemşire ve hekimlerin Aile için Finansal Destek Sağlanması alt boyutundan aldıkları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Bu çalışma sonuçları ebeveynlerin sağlık personelinin Aile için Finansal Destek Sağlanması alt boyutu hakkında daha olumlu görüşlere sahip olduğunu göstermiştir. Bu bulgunun nedeninin sağlık ekibinin ebeveynlerin öncelikli olarak çocuğun gereksinimlerini karşılamaya odaklı olması nedeniyle ebeveynlerin finansal gereksinimlerinin ciddiyetinin farkında olmadığı düşünülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalar incelendiğinde çocuklarının hastalık süreci boyunca ebeveynlerin büyük bir bölümünün maddi olarak ciddi sıkıntılar yaşadığı hatta çocuğun hastanede yatış süreci uzayan ebeveynlerin neredeyse tamamı işsiz kaldığı saptanmıştır (Arıkan, Saban & Baş, 2014; Berman ve ark., 2018). Aksine Bruce ve Ritchie (1997), yaptığı çalışmada sağlık personelinin en önemli bulduğu AMB elementinin aileler için sağlanan finansal destek olduğunu saptanmıştır

(Bruce & Ritchie, 1997). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde daha çok ebeveynlerin finansal sıkıntı yaşama oranları ya da nedenlerine yönelik çok sayıda çalışmaya rastlanmasına rağmen; sağlık ekibinin konuyla ilgili görüşleri ya da bu gereksinimlerin nasıl karşılanması gerektiği gibi çözüme yönelik araştırmaların sınırlı olduğu saptanmıştır (Arıkan ve ark., 2014).

Butler ve arkadaşları (2017) PYBÜ'nin sosyal ve fiziksel çevrelerini inceleyen çalışmalarında, ebeveynlerin saygınlığının, bilgi paylaşımının ve katılımın kabul edilmesinde fiziksel çevrenin (bilgilendirme odası, hasta odası ve bekleme odası) önemi ölçüde etkilediği saptanmıştır (Butler, Copnell & Hall, 2017). Coasts ve arkadaşları çalışmalarında, hemşirelerin PYBÜ'nde AMB sağlamanın aileler için yararlı olduğunu kabul etmelerine rağmen; tüm hemşireler ziyaret saatleri, yatak başında aile varlığı ile ilgili yoğun bakım politikaları ve fiziksel yoğun bakım ortamının ortak bir açık alandan bireysel odalara dönüştürülmesi açısından uygulamada zorluk yaşandığını ifade etmişlerdir (Coast ve ark., 2018). Nitekim, Meert ve arkadaşlarının çalışmasında AMB uygulanmasında en önemli engelin pediatrik birimlerin tasarımı olduğu saptanmıştır (Meert, Schim & Briller, 2011). Hemşireler aile merkezli bakımı ailelere fayda sağlamak ve hemşireler için yeni zorluklar yaratmak olarak görmektedir. Bu çalışmada ebeveyn hemşire ve hekimlerin Aile Merkezli Bakım'a yönelik formun Sağlık politika ve programlarını ailelerin gereksinimlerini karşılayacak şekilde düzenlemek anlamına gelen Sağlık Politikalarının Tasarımı alt boyutundan aldıkları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p < 0.01$ ). Bu çalışma sonucu ebeveynlerin sağlık çalışanlarına göre Aile Merkezli Bakım'a yönelik formun Sağlık Politikalarının Tasarımı alt boyutu hakkında daha olumlu görüşlere sahip olduğunu göstermiştir. AMB'nin tüm ilkelerini içeren alt boyutlara yönelik farkındalığının gerçekleşmediği bir sağlık ekibinin AMB'a yönelik politikalar geliştirmeye hazır olmadığı bu nedenle de ebeveynlere göre daha düşük puan aldığı düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde; sağlık ekibinin sağlık politikalarının ailelere yönelik tasarlanmadığını ifade ederken; AMB'nin en az önemli bulunduğu elementinin sağlık hizmeti sunumu sisteminin tasarımı olduğu saptanmıştır. Ve bulgunun nedeninin sağlık ekibinin bu faktörün öneminin farkında olmadığı şeklinde ifade edilmiştir (Bruce, 2002). Özetle AMB'a sağlık politikalarının tasarımı konusundaki çalışma sonuçlarımız literatürle uyumlu bulunmuştur (Bruce, 2002; Meert ve ark., 2011).

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Çocuğa hizmet sunan her sağlık çalışanı; aile merkezli bakımı benimseyerek hem çocuk hem de ailenin gereksinim ve isteklerini göz önüne almalıdır. Sunulan hizmetin niteliğinin artması açısından aile merkezli yaklaşım çok önemlidir. Bu çalışmada Ebeveynlerin sağlık çalışanlarına göre AMB'a yönelik daha olumlu görüşlere sahip olduğu saptanmıştır. Hekim ve Hemşirelerin AMB'a yönelik görüşleri arasında bir farkın olmadığı saptanmıştır.

Bu sonuçlardan yola çıkılarak PYBÜ'da AMB uygulanabilmesi için, tıp ve hemşirelik eğitimlerinde ya da sağlık kurumlarındaki hizmet içi eğitimlerde aile merkezli bakıma ayrıntılı yer verilmesi önerilir. PYBÜ'lerin

de aile bütünlüğünün korunması amacıyla klinik içinde aile üyelerine de yer verecek yasal düzenlemeler yapılması, ailelerin başa çıkmasını desteklemek ve deneyimlerin paylaşımını sağlamak için aile destek gruplarının oluşturulması, çocuğun PYBÜ'nde yattığı süre içinde ailenin kurumsal engeller ve yasal eksiklikler nedeniyle karşılayamadığı kendi gereksinimlerini (yiyecek, barınma, banyo, ulaşım, vb.) karşılayabilmesi için Sağlık Bakanlığı ve kurum yönetimi tarafından gerekli resmi düzenlemelerin yapılması önerilir. Aile merkezli bakımın istendik düzeyde uygulanabilmesi için öncelikle kurumun bakım felsefesi olarak aile merkezli bakımı benimsemesi ve kurum içinde buna yönelik düzenlemeler yapılması gereklidir. Bu düzenlemeler arasında aile merkezli bakımın bütün yönleriyle mesleki uygulamaların içine nasıl dahil edileceğine yönelik bir hastane politikasının oluşturulması önerilir. Sağlık Ekibi, çocuk ve aileler arasındaki bağı desteklemek için sosyal hizmetler çalışanı ya da psikolog desteği sağlanması önerilir. Aile merkezli bakımın uygulanması ve sonuçları konusunda yapılan araştırmalara devam edilmeli ve bu araştırmalara ailelerin ve çocukların katılımı sağlanmalıdır. Sonrasında ise bulgularının sağlık ekibi, aileler ve çocuklarla nasıl paylaşılacağı belirlenmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Abdulkaki, M.A., Gaafar, Y.A.E., & Waziry, O.G. (2011). Maternal versus pediatric nurses attitudes regarding mothers' participation in the care of their hospitalized children. *Journal Of American Science*, 7(9), 316-32.
- Abela, K. M., Wardell, D., Rozmus, C., & Lo Biondo-Wood, G. (2020). Impact of paediatric critical illness and injury on families: An updated systematic review. *Journal of Pediatric Nursing*, 51, 21–31. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.10.013>
- American Academy Of Pediatrics Committee On Hospital Care. (2012). Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 129, 394-404.
- Arıkan, D., Saban, F., & Baş N.G.T. (2014). Çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin hastaneye ve sağlık bakımına yönelik memnuniyet düzeyleri. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, 4(2), 109-116.
- Atay, G., Eras, Z., & Ertem, İ. (2011). Çocuk hastaların hastane yatışları sırasında gelişimlerinin desteklenmesi. *Çocuk Dergisi*, 11(1), 1-4.
- Baker, S. C., & Gledhill, J. A. (2017). Systematic review of interventions to reduce psychiatric morbidity in parents and children after pıcu admissions. *Pediatric Critical Care Medicine*, 18(4), 343–348. <https://doi.org/10.1097/pcc.0000000000001096>
- Bellin, M.H., Osteem, P., Hefferman, C., Levy, J.M., Snyder-Vogel, M.E. (2011). Parent and health care professional perspectives on family-centered care for children with special health care needs: are we on the same page? *Health & Social Work*, 36(4), 281-90.
- Berman, L., Raval, M. V., Ottosen, M., Mackow, A. K., Cho, M., & Goldin, A. B. (2018). Parent perspectives on readiness for discharge home after neonatal intensive care unit admission. *The Journal of Pediatrics*. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.08.086>
- Bruce, B., & Ritchie, J. (1997). Nurses' practices and perceptions of family-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 12(4), 214-222.
- Bruce, B., Letourneau, N., Ritchie, J., Larocque, S., Dennis, C., & Elliott M.R. (2002). A multisite study of health professionals' perceptions and practices of family-centered care. *Journal of Family Nursing*, 8(4), 408-429.

- Butler, A. E., Copnell, B., & Hall, H. (2017). The impact of the social and physical environments on parent–healthcare provider relationships when a child dies in PICU: Findings from a grounded theory study. *Intensive and Critical Care Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.12.008>.
- Coats, H., Bourget, E., Starks, H., Lindhorst, T., Saiki-Craighill, S., Curtis, J. R., et al. (2018). Nurses’ reflections on benefits and challenges of implementing family-centered care in pediatric intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 27(1), 52–58.
- Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği. (2015). *Türkiye’de Çocuk Yoğun Bakımı Hekim İnsan Gücü Raporu*. <http://cayd.org.tr/files/turkiye-de-cocuk-yogun-bakimi-hekim-insan-gucu-raporu-2015-xt.pdf> Erişim Tarihi: 30.03.2019
- Do Vale, I.N., Souza, S.R., & Carmona, E.V. (2005). Nursing diagnoses identified during parent group meetings in a neonatal intensive care unit. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 16(3-4), 65-73.
- Doğan, B. (2010). Hastanede yatan çocuğun bakımına ebeveynlerin katılımı konusunda hemşirelerin, doktorların ve ebeveynlerin görüşleri ve beklentileri. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara, Türkiye.
- Er, M. (2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 49, 155-168.
- Foster, M., Whitehead L., & Maybee P. (2016). The parents’, hospitalized child’s, and health care providers’ perceptions and experiences of family-centered care within a pediatric critical care setting: a synthesis of quantitative research. *Journal of Family Nursing*, 22(1), 6–73.
- Foster, M., Whitehead, L., Arabiat, D., & Frost, L. (2018). Parents’ and staff perceptions of parental needs during a child’s hospital admission: an australian study. *Journal of Pediatric Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.013>
- Greenway, T.L., Rosenthal, M.S., Murtha, T.D., Kandil, S.B., Talento T., Couloures K.G. (2019). Barriers to communication in a PICU: A qualitative investigation of family and provider perceptions. *Pediatr Crit Care Med*; 20:e415–e422 <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000002070>
- Gupta, P. R., Perkins, R. S., Hascall, R. L., Shelak, C. F., Demirel, S., & Buchholz, M. T. (2017). The effect of family presence on rounding duration in the picu. *Hospital Pediatrics*, 7(2), 103–107.
- Hagstrom, S. (2017). Family stress in pediatric critical care. *Journal Of Pediatric Nursing*, 32, 32–40. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.10.007>
- Hartman, M. E., Williams, C. N., Hall, T. A., Bosworth, C. C., & Piantino, J. A. (2020). Post-intensive care syndrome for the pediatric neurologist. *Pediatric Neurology*. <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2020.02.003>
- Hill, C., Knafl, K. A., & Santacroce, S. J. (2018). Family-centered care from the perspective of parents of children cared for in a pediatric intensive care unit: an integrative review. *Journal of Pediatric Nursing*, 41, 22–33. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.11.007>
- Hill, C., Knafl, K. A., Docherty, S., & Santacroce, S. J. (2018). Parent perceptions of the impact of the paediatric intensive care environment on delivery of family-centred care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 50, 88-94.
- Iwata, M., Han, S., Hays, R., & Doorenbos, A. Z. (2019). Predictors of depression and anxiety in family members 3 months after child’s admission to a pediatric icu. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. <https://doi.org/10.1177/1049909119859517>
- Jolley, J., & Shields, L. (2009). The evolution of family-centered care. *Journal Of Pediatric Nursing*, 24(2), 164-170.
- Kiwanuka, F., Shayan, S. J., & Tolulope, A. A. (2019). Barriers to patient and family-centred care in adult intensive care units: A systematic review. *Nursing Open*. <https://doi.org/10.1002/nop2.253>
- Mackay, L.J. (2010). Exploring family centered care among pediatric oncology nurses. University of Lethbridge, Canada.
- Meert, K.L., Schim, S.M., & Briller, S.H. (2011). Parental bereavement needs in the pediatric intensive care unit: review of available measures. *Journal Of Palliative Medicine*, 14(8), 951-964.

- Mundy, C.A. (2010). Assessment of family needs in neonatal intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 19(2), 156-163.
- Nelson, L. P., Lachman, S. E., Li, S. W., & Gold, J. I. (2019). The effects of family functioning on the development of posttraumatic stress in children and their parents following admission to the PICU. *Pediatric Critical Care Medicine*, 20(4), e208–e215. <https://doi.org/10.1097/pcc.0000000000001894>
- Noergaard, B., Ammentorp, J., Garne, E., Fenger-Gron, J., & Kofoed, P.-E. (2018). Fathers' Stress in a Neonatal Intensive Care Unit. *Advances in Neonatal Care*, 1. <https://doi.org/10.1097/anc.0000000000000503>
- October, T. W., Dizon, Z. B., & Roter, D. L. (2018). Is it my turn to speak? an analysis of the dialogue in the family-physician intensive care unit conference. *Patient Education and Counseling*, 101(4), 647–652.
- Okunola, I., Olaogun, A.A., Adereti, S.C., Bankole, A., Oyibocho, E., Ajao, O. (2017). Pediatric parents and nurses perception of family – centered nursing care in southwest Nigeria. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1),67.
- Ovacık, N.Ü. (2012). Çocuk yoğun bakım ünitesinde çocuğu yatan ebeveynlerin tanımladığı gereksinimlerin hemşire ve hekimler tarafından algılanması. (Yayınlanmamış doktora tezi). Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Mersin. Türkiye.
- Özkan, S., Arslan, F. T. (2017). Hemşirelerin hastanede yatan çocuğun bakımına ebeveyn katılımı hakkında görüşleri. *J CONTEMP MED*, 7(4): 355-364 <https://doi.org/10.16899/gopctd.359798>
- Pearson, J., & Andersen, K. (2001). Evaluation of a program to promote positive parenting in the neonatal intensive care unit. *Neonatal Network*, 20(4), 43-48.
- Rea, K. E., Rao, P., Hill, E., Saylor, K. M., & Cousino, M. K. (2018). Families'Experiences With Pediatric Family-Centered Rounds: A Systematic Review. *Pediatrics*, 141(3), e20171883. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1883>
- Richards, C.A., Starks, H., O'Connor, M. R., & Doorenbos, A. Z. (2017). Elements of family-centered care in the pediatric intensive care unit. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 19(3), 238–246.
- Segers, E., Ockhuijsen, H., Baarendse, P., van Eerden, I., & van den Hoogen, A. (2018). The impact of family centred care interventions in a neonatal or paediatric intensive care unit on parents' satisfaction and length of stay: A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.08.008>
- Smith-Mac Donald, L., Venturato, L., Hunter, P., Kaasalainen, S., Sussman, T., Mc Cleary, L.,...Sinclair, S. (2019). Perspectives and experiences of compassion in long-term care facilities within Canada: A qualitative study of patients, family members and health care providers. *BMC Geriatrics*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1135-x>
- Şener, D.K., & Karaca, A. (2017). Mutual expectations of mothers of hospitalized children and pediatric nurses who provided care: Qualitative study. *Journal of Pediatric Nursing*, 34, 22-28.
- TUİK. (2019). *Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> Erişim Tarihi: 13.06.2021
- UNICEF. (2020). *Levels & Trends in Child Mortality Report 2020*. [https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/unpd\\_2020\\_levels-and-trends-in-child-mortality-igme-.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/unpd_2020_levels-and-trends-in-child-mortality-igme-.pdf) Erişim Tarihi: 13.06.2021
- Yıldırım, K., & Muslu, M.S. (2006). Poliklinik bekleme alanlarında çevresel faktörlerin kullanıcıların fonksiyonel ve algı-davranışsal performansına etkisi: gazi hastanesi çocuk polikliniği. *Politeknik Dergisi*, 9(1).