

# PEDİATRİK ONKOLOJİ KLİNİĞİNDE VERİLEN AİLE MERKEZLİ BAKIM EĞİTİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: HEKİM VE HEMŞİRE GÖRÜŞLERİ

## Assessment of Family-Centered Care Training Provided at Pediatric Oncology Clinic: Views of Doctors and Nurses

Ulviye GÜNAY<sup>1</sup>, Sevinç POLAT<sup>2</sup>

### ÖZET

**Amaç:** Bu araştırma; pediatrik onkoloji kliniğinde verilen aile merkezli bakım eğitimi öncesi ve sonrası hekim ve hemşirelerin görüş ve uygulamalarını belirlemek amacı ile yapıldı.

**Yöntemler:** Yarı deneysel olarak yapılan çalışmaya 11 hemşire ve 4 hekim katıldı. Araştırmanın verileri; tanıtıcı bilgi formu, hekim ve hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin görüş ve uygulamalarını içeren yarı yapılandırılmış soru formu ile toplandı. Veriler içerik analizi yöntemi ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Aile merkezli bakım eğitimi öncesi; hemşirelerden biri aile merkezli bakımın evde yapılan bir uygulama olduğunu, biri ailenin çocuğun bakım ve tedavisine dahil edilmesi olduğunu, diğerleri ise aileye destek, bilgi verme olduğunu belirtti. Hekimler aile merkezli bakımı aileyi ve çocuğu bilgilendirmek, gerektiğinde aileden yardım istemek olarak tanımladılar. Bu çalışmada hemşireler aile merkezli bakımdaki rollerini; bilgi vermek, bakımı öğretmek, yardımcı olmak şeklinde tanımlarken, hekimlerden bazıları bilgi vermek, aileye yardım etmek olduğunu belirtti. Araştırmaya katılan hemşire ve hekimlerin yarısının aile merkezli bakımı bir ekip işi olarak görmediği saptandı. Verilen eğitim sonrası hemşire ve hekimlerin AMB yaklaşımında olumlu artış bir olduğu belirlendi.

**Sonuç:** Hemşire ve hekimlere verilen eğitimin, aile merkezli bakıma ilişkin görüş ve uygulamalarını geliştirmeye olumlu katkısı olduğu saptandı.

**Anahtar Kelimeler:** *Aile merkezli bakım; Çocuk onkoloji; Hekim ve hemşire; Görüşler, Eğitim*

### ABSTRACT

**Aim:** This study was conducted in order to determine views and practices of the doctors and the nurses before and after family-centered care (FCC) training provided at pediatric oncology clinic.

**Methods:** 11 nurses and 4 doctors participated in this quasi-experimental study. The data were collected by using an introductory information form and a semi-structured questionnaire including views and practices of doctors and nurses regarding FCC. Data were analysed by in-content analyses method.

**Results:** Before the FCC training, one of the nurses stated that FCC was a practice performed at home, one stated that this care was involvement of family into child's care and treatment, the others stated that FCC was support and information given to family as well as collaboration. The doctors defined FCC as informing the family and child and asking for help from the family when required. In this study; while the nurses defined their roles in FCC as informing, teaching to give the care, and helping, some of the doctors described their roles in this care as informing and helping for family. It was determined that half of the nurses and the doctors participating in the study did not consider the family-centered care as a team work. After the training, a positive increase was found in FCC approach of the nurses and the doctors.

**Conclusion:** The training provided to the nurses and the doctors was determined to contribute positively for improving views and practices regarding FCC.

**Keywords:** *Family centered care; Children's oncology; Doctors and nurses; Opinions, Training.*

<sup>1</sup>Inönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya

<sup>2</sup>Bozok Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Yozgat

Ulviye GÜNAY, Yrd. Doç. Dr.  
Sevinç POLAT, Doç. Dr.

### İletişim:

Yrd. Doç. Dr. Ulviye GÜNAY  
Inönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya  
Tel: 0(422) 341 02 20 / 1129  
e-mail:  
ulviye.gunay@inonu.edu.tr

Geliş tarihi/Received: 06.05.2016  
Kabul tarihi/Accepted: 30.06.2016

Bozok Tıp Derg 2017;7(1):12-21  
Bozok Med J 2017;7(1):12-21

## GİRİŞ

Aile merkezli bakım; sağlık hizmeti veren ekip ile hastaların aileleri arasında iş birliğine dayalı, sağlık hizmetinin planlanması, sunulması ve değerlendirilmesini içeren bir bakım yaklaşımıdır (1). Aile merkezli bakım, aileyi çocuğun yaşamının değişmez bir ögesi olarak görür ve ailelerin çocuklarına bakma ve onları yetiştirme isteklerine dayanır. Bu anlayışa göre çocuğun hayatında aile merkezdedir ve hastanedeki bakım sürecinde de merkezde olmalıdır. Aile merkezli bakımın amacı; sağlık çalışanlarının çocuğu ve aileyi desteklemesi, işbirliği yapması ve bilgilendirmesi, hastalık ve tedaviye bağlı sorunları azaltarak çocuk ve ebeveynin yaşam kalitesini yükseltmektir (2-4). Aile merkezli bakım; itibar ve saygı, bilgi paylaşımı, ailenin bakımda yer alması, aile ile işbirliği gibi temel öğeleri içermektedir (1).

Aile merkezli bakımın çocuk, ebeveyn ve sağlık çalışanlarına olan katkılarını değerlendirmeye yönelik yapılan araştırmalarda; aile merkezli bakımın ebeveynler ve hemşireler/sağlık çalışanları arasında işbirliğini ve iletişimi arttırdığı, ebeveyn ve çocuğun anksiyete ve depresyon düzeyini azalttığı, yaşam kalitesini arttırdığı, taburculuk sürecini kısalttığı ve hasta bakım maliyetini düşürdüğünü göstermiştir (1,5,6). Bu nedenle yapılan çeşitli çalışmalarda ebeveynlerin de çocuğun hastanedeki bakım sürecine dahil olmak istedikleri belirlenmiştir (7-9).

Hastanede yatan çocuk, aile ve sağlık çalışanları için birçok yararı bulunmasına ve ideal bir bakım yaklaşımı olmasına karşın aile merkezli bakımın uygulanmasının önünde çeşitli engeller olduğu belirtilmektedir (4,10-12). Aile merkezli bakımın uygulanmasına ilişkin belirlenen engeller arasında; hemşirelerin güç ve kontrolünü kaybetme korkusu, rol karmaşası, ebeveynleri tehdit olarak algılaması, hastane politikalarının yetersizliği sıralanmıştır (10-13). Sağlık çalışanlarının bu konuda bilgi eksikliğinin olması da aile merkezli bakım uygulanmasına yönelik en önemli engellerden biri olarak belirtilmektedir(4,14). Hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin görüşlerinin değerlendirildiği kalitatif bir çalışmada hemşireler, aile merkezli bakımın çok önemli ve gerekli bir bakım yaklaşımı olduğuna inandıklarını ancak bu konuda bilgi ve deneyimlerini geliştirmek için

teorik ve pratik eğitime ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir (14). Bir başka çalışmada, hemşireler, aile merkezli bakımı çocuk ve ailesi açısından yararlı ve gerekli buldukları ancak organizasyon ve çevresel koşullar başta olmak üzere uygulamada çeşitli zorluklar yaşadıkları saptanmıştır (4). Aynı çalışmada sağlık çalışanları, aile merkezli bakımın kurum politikası olarak benimsenmesi gerektiğini, uygulamayı geliştirmek için koşulların uygun hale getirilmesini ve sağlık profesyonellerinin etkili eğitim teknikleri ile düzenli ve sürekli eğitim almaları gerektiğini belirtmişlerdir.

Yapılan literatür taramasında ülkemizde aile merkezli bakım uygulamalarının değerlendirildiği kısıtlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır (2,15-17). Üstelik bu konuda herhangi bir sağlık politikasının bulunmaması ebeveynlerin aile merkezli bakımı, sağlık çalışanlarının izin verdiği doğrultuda hastanede çocuğunun yanında kalma ve çocuğun bakımında uygun görülen işleri yapma olarak yorumlamasına neden olmaktadır. Hastane ortamında özellikle hemşireler tarafından sadece çocuğun fiziksel ihtiyaçlarının karşılanması amacı ile annelerden yardım istenmektedir (2). Bu doğrultuda ülkemizde ebeveynler ile sağlık çalışanları arasında aile merkezli bakım yaklaşımı çerçevesinde kabul edilebilir ilişki olmadığı söylenebilir.

Bu nedenle, bu konuda yapılacak çalışmaların aile merkezli bakım hakkında farkındalık oluşturmaya ve aile merkezli bakım uygulamalarının yaygınlaştırılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışma; pediatrik onkoloji kliniğinde verilen aile merkezli bakım eğitimi öncesi ve sonrası hemşire ve hekimlerin görüşleri ve uygulamalarını belirlemek amacı ile yapıldı.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma, bir üniversite hastanesi pediatrik onkoloji kliniğinde, Mart 2012- Nisan 2013 tarihleri arasında yapıldı. Çalışma, yarı deneysel ve verilerinin nitel yöntemlerle toplandığı bir çalışma olarak yürütüldü. Çalışmanın örneklemini çocuk onkoloji kliniğinde görevli 11 hemşire ve 4 hekim oluşturdu. Veriler, nitel araştırmaların veri toplama yöntemlerinden birebir derinlemesine görüşme yöntemi ile toplandı. Her bir görüşme ortalama 30

dakika sürdü, görüşme öncesinde katılımcılardan izin alınarak ses kaydı yapıldı.

Araştırmanın verileri; tanıtıcı bilgi formu ve hemşire ve hekimlerin aile merkezli bakıma ilişkin görüş ve uygulamalarını belirlemek amacı ile araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda (1-4, 10-13) oluşturulan yarı yapılandırılmış soru formu ile toplandı.

Tanıtıcı bilgi formu; hekim ve hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, toplam çalışma süresi ve pediatrik onkoloji kliniğinde çalışma süresi gibi sorulardan oluştu.

Yarı yapılandırılmış soru formunda; hekim ve hemşirelerin aile merkezli bakıma yönelik görüş ve uygulamalarını değerlendirmek amacıyla hazırlanmış açık uçlu sorular yer aldı.

İki bölümden oluşan yarı yapılandırılmış soru formunun birinci bölümü sağlık çalışanlarına yöneltilen; Aile merkezli bakım hakkındaki görüşleriniz nelerdir?, Size göre aile merkezli bakımı kimler uygular?, Aile merkezli bakımda hekim ve hemşirelerin rolü nedir? Aile merkezli bakımın çocuk ve ebeveyn açısından yararları nelerdir? Çalıştığınız klinikte aile merkezli bakımın uygulanma durumu nedir? Kliniğinizde aile merkezli bakım uygulanmıyorsa bunun nedenleri nelerdir? gibi sorulardan oluştu.

Formun ikinci bölümü, sağlık çalışanlarına verilen aile merkezli bakım eğitiminin klinik uygulamalarına yansımaları değerlendirmek amacı ile hazırlanan sorulardan oluştu. Bu sorular; aile merkezli bakım eğitimi sonrası kliniğinizde aile merkezli bakım yaklaşımı çerçevesinde bir değişiklik oldu mu? Eğitimden sonra ebeveyn ve çocuklara yaklaşımınızda bir değişim oldu mu? Açıklar mısınız?, Eskiden uygulamayıp aile merkezli bakım eğitimi aldıktan sonra yaptığınız uygulamalar var mı? nelerdir? gibi sorular yer aldı. Formun ikinci bölümü sağlık çalışanlarına aile merkezli bakım eğitimi verildikten 6 ay sonra uygulandı.

Ayrıca bu çalışmada, hekim ve hemşirelere verilecek olan aile merkezli bakım eğitim içeriğinde, kanserli çocuk ve ebeveynlerinin hastanede yaşadıkları güçlükler

ile hekim ve hemşirelerden beklentileri konusuna da yer verilmesi planlandı. Bu amaçla çocuk onkoloji kliniğinde tedavi gören yaşları dokuz ve üstünde beş çocuk ve beş ebeveyn (üç anne, iki baba) ile birebir derinlemesine görüşme yapıldı. Görüşmeler kliniğin sessiz bir odasında birinci araştırmacı tarafından yapıldı. Görüşme öncesinde çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek hem çocuk hem de ebeveynlerden izin alındı yine katılımcıların onayı alınarak ses kaydı yapıldı. Her bir görüşme ortalama 40 dakika sürdü.

Bu araştırma dört aşamada gerçekleştirildi.

### **1. Kanserli çocuk ve ebeveynlerinin hastanedeki süreçte yaşadıkları güçlükler ile hekim ve hemşirelerden beklentilerini saptamak amacı ile ön görüşme yapılması**

Ebeveynlerle yapılan bire bir görüşmelerde, Çocuğunuzun hastalığına yönelik yaşadığınız endişeler ve güçlükler nelerdir?, Çocuğunuzun bakımına yönelik yaşadığınız endişe ve güçlükler nelerdir?, Çocuğunuz hastanede bulunduğu süreçte hemşirelerden beklentileriniz/istekleriniz nelerdir?, Çocuğunuz hastanede bulunduğu süreçte hekimlerden beklentileriniz/istekleriniz nelerdir?, Çocuğunuz hastanede bulunduğu süreçte hastane yönetiminden beklentileriniz/istekleriniz nelerdir? Bu klinikte nelerin olmasını/ değişmesini istersiniz? soruları yer aldı.

Çocuklarla yapılan görüşmelerde, Hastalık sürecinde ne gibi güçlükler yaşadınız?, Hastanede yattığınız süreçte hemşirelerden beklentileriniz/istekleriniz nelerdir?, Hastanede yattığınız süreçte hekimlerden beklentileriniz/istekleriniz nelerdir?, Hastanede yattığınız süreçte hastane yönetiminden beklentileriniz neler?, Bu klinikte nelerin değişmesini/olmasını istersiniz? sorularına yer verildi.

Elde edilen veriler hemşire ve hekimlere verilecek eğitim içeriğinin oluşturulmasında ve aile merkezli bakım eğitim rehberi'nin hazırlanmasında kullanıldı.

### **2- Hemşire ve hekimlerin aile merkezli bakıma yönelik bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi**

Hemşire ve hekimlere aile merkezli bakım görüşme formunun A kısmında yer alan sorular aracılığı ile bire bir derinlemesine görüşme yapılarak aile merkezli bakıma

yönelik bilgi ve uygulamaları değerlendirildi. Bu görüşmeler klinikte çalışan ve çalışmaya katılan tüm hemşire ve hekimlerle gerçekleştirildi. Hemşire ve hekimlerle yapılan bu görüşmeler aile merkezli bakıma yönelik eğitim içeriğinin oluşturulması ve planlanmasında kullanıldı.

### **3-Aile merkezli bakıma yönelik eğitim verilmesi Eğitim içeriğinin oluşturulması ve eğitimde kullanılacak materyallerin hazırlanması**

Çocuk onkoloji kliniğinde görevli hemşire ve hekimlerle aile merkezli bakım hakkında görüş ve uygulamaları ile kanserli çocuk ve ebeveynleriyle yapılan ön görüşme sonucunda elde edilen veriler araştırmacılar tarafından değerlendirildi. Bu veriler temel alınarak ve ilgili literatür doğrultusunda (1,5,9,12,13,18) kanserli çocuk ve ebeveynlerinin yaşadığı duygular, kanserli çocukların hastanede yatmaya ve hastalığa tepkileri, kanserli çocuklar ve ebeveynlerinin hastane sürecinde yaşadıkları güçlükler, kanserli çocuklar ve ebeveynlerinin hemşire ve hekimlerden beklentileri, aile merkezli bakım, aile merkezli bakımın bileşenleri, aile merkezli bakımın çocuk, ebeveyn ve sağlık çalışanları açısından yararları ile aile merkezli bakımda hemşire ve hekimin rolleri gibi konuların yer aldığı bir eğitim içeriği oluşturuldu. Belirlenen bu içerik doğrultusunda Aile Merkezli Bakım Eğitimi Rehber Kitapçığı ve AMB posterleri oluşturuldu. Eğitim içerikleri ve hazırlanan eğitim materyalleri için Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında uzman üç öğretim üyesinden görüş alınarak gerekli düzenlemeler yapıldı.

### **Eğitimlerin süresi**

Hemşire ve hekimlerle yapılan eğitimler bir ay süresince, haftada 1 kez toplamda 8 oturum olacak şekilde gerçekleştirildi. Her bir oturumun süresi ortalama 45 dakika sürdü. Dersler 45 dakika teorik sunum, 45 dakika tartışma ve rol play olacak şekilde yürütüldü. Eğitimler; eğitim sertifikasına sahip birinci araştırmacı tarafından ve hastanede içinde yer alan bir eğitim odasında yapıldı.

### **Eğitimlerin Verilmesi**

Eğitimler için hemşireler 5 ve 6 kişiden oluşan iki gruba ayrıldı. Hekimlere, hemşirelerle zamanlarının uymaması nedeni ile bire bir eğitim verildi. Eğitimlerde powerpoint sunusu ve görsel materyaller kullanıldı. Ayrıca

eğitimlerde; beyin fırtınası, soru-cevap, rol play ve grup tartışması gibi tekniklerden yararlanıldı. Eğitimler tamamlandıktan sonra hemşire ve hekimlere araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Aile Merkezli Bakım Eğitim Rehber Kitapçığı verildi. Yine araştırmacılar tarafından aile merkezli bakımla ilgili hazırlanan poster klinikte çalışan hemşire ve hekimlerin görebileceği bir alana yerleştirildi.

### **4- Sağlık Çalışanlarının Verilen Eğitim Sonrası Aile Merkezli Bakıma Yönelik Görüş ve Uygulamalarının Belirlenmesi /Eğitimin Değerlendirilmesi**

Aile merkezli bakım eğitiminin klinik uygulamalara yansımalarını değerlendirmek amacı ile eğitimden 6 ay sonra hekim ve hemşirelerle birebir derinlemesine görüşme yapıldı. Görüşmelerde hekim ve hemşirelere aile merkezli bakım görüşme formunun ikinci kısmında yer alan sorular soruldu.

### **Verilerin analizi:**

Araştırmada, bire bir derinlemesine görüşmelerden elde edilen ses kayıtlarında belirtilen ifadeler bireylerin ağzından çıktığı şekliyle bilgisayar ortamında yazıldı. Daha sonra pediatri hemşireliği alanında üç öğretim üyesinin uzman görüşleri doğrultusunda içerik analizi yapılarak gruplandı ve yorumlandı.

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için etik kurul (01/02/2010-2011/174) ve ilgili hastaneden kurum izni alındı. Ayrıca veri toplamaya başlamadan önce araştırma hakkında bilgi verilerek, hekim ve hemşirelerden sözel onam alındı.

## **BULGULAR**

### **Çocuk ve Ebeveynlerle Yapılan Ön Görüşme Bulguları**

Yapılan görüşmeler sonucunda ebeveynlerin; daha çok çocuklarının hastalığı, tedavisi, yapılan işlemlerle ilgili sürekli ve düzenli bilgi verilmesi, sağlık çalışanlarının onları anlaması ve endişelerini dinlemesi, odada bulunan refakatçi yataklarının rahat olması, klinikte çocukları ve kendileri için uğraşı yapabilecekleri bir ortam oluşturulması, babaların da çocuklarını görebilmesi, çocuğun evde ve hastanedeki bakımına yönelik eğitim verilmesi gibi beklentilerinin olduğu belirlendi.

Görüşme yapılan çocuklar ise hastalık ve tedavisi ile ilgili bilgi almak istediklerini, klinikte evlerindeki benzer bir ortam olmasını, sevdiği şeyleri yapabilecekleri bir uğraşı odası olmasını ve babalarının da istedikleri zaman kliniğe gelip onları ziyaret edebilmesini istediklerini belirttiler.

### Hekim ve Hemşirelere Yönelik Bulgular

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının 28.9 olduğu, 10'unun kadın, 9'unun lisans mezunu, 7'sinin bekar olduğu, ortalama meslekte çalışma süresi 5.3 yıl,

onkoloji kliniğinde çalışma süresi ortalama 3.1 yıl olduğu belirlendi. Çalışmaya katılan hekimlerin yaş ortalamasının 28.7 olduğu, tümünün kadın ve 3'ünün bekar olduğu, çalışma süresinin ortalama 3.5 yıl ve pediatri asistanlığı süresinin ortalama 2.0 yıl olduğu saptandı.

Araştırma kapsamına alınan hemşire ve hekimlerin tamamının mesleki eğitimleri süresince ve sonrasında aile merkezli bakıma yönelik herhangi bir eğitim ya da bilgi almadıkları saptandı.

**Tablo 1.** Katılımcıların tanıtıcı özellikleri

Katılımcılar	Yaş	Cinsiyet	Eğitim	Medeni Durum	Çalışma Süresi	Çocuk Onkolojide Çalışma Süresi
Hemşire A	27	Kadın	Lisans	Bekar	4 yıl	2 yıl
Hemşire B	32	Kadın	Ön lisans	Evli	7 yıl	7 yıl
Hemşire C	28	Kadın	Lisans	Bekar	5 yıl	8 ay
Hemşire D	25	Erkek	Lisans	Bekar	2 yıl	2 yıl
Hemşire E	31	Kadın	Lisans	Bekar	8 yıl	8 yıl
Hemşire F	23	Kadın	Lisans	Bekar	1 yıl	1 yıl
Hemşire G	25	Kadın	Lisans	Bekar	2 yıl	1 yıl
Hemşire H	34	Kadın	Lisans	Evli	8 yıl	2 yıl
Hemşire I	32	Kadın	Y. Lisans	Bekar	8 yıl	8 yıl
Hemşire J	30	Kadın	Lisans	Evli	7 yıl	9 ay
Hemşire K	31	Kadın	Lisans	Evli	6 yıl	3 yıl
Hekim A	34	Kadın	Lisans	Bekar	8 yıl	1 yıl
Hekim B	28	Kadın	Lisans	Bekar	3 yıl	3 yıl
Hekim C	25	Kadın	Lisans	Evli	1 yıl	1 yıl
Hekim D	28	Kadın	Lisans	Bekar	3 yıl	3 yıl

### Aile merkezli bakım eğitimi öncesi hemşire ve hekimlerin yapılan görüşmelere ilişkin bulgular

#### Aile merkezli bakıma yönelik görüşler

Araştırmaya katılan hemşire ve hekimler aile merkezli bakım nedir sorusunu farklı tanımladılar. Bununla birlikte hemşirelerin çoğunluğu (8 hemşire) bu soruyu "Çocuğun bakım ve tedavisine ailelerin katılmasıdır" şeklinde yanıtladı.

Bu hemşirelerden birinin görüşü:

"Aile merkezli bakım, tedaviye ailenin katılmasıdır, çocuğun bakımını kim uyguluyorsa onun katılımı çok önemlidir, ağız bakımı konusunda, enfeksiyon konusunda, aileyi işleme katarsak tedavi daha etkili oluyor, aileler manevi olarak da rahatlıyorlar. Bence çocuğa iyi bir bakım vereceksek mutlaka aile de işin içinde olmalı." (Hemşire D)

Hemşire C farklı bir yorumda bulundu, "Aile merkezli bakım ailenin bire bir uygulamalara katılmasıdır, aile merkezli uygulamalar daha çok evde yapılan uygulama-

*maldır, hastanede aileler daha pasif kalıyorlar, evde aile merkezli bakımı uygulayabilirler.”*

Hemşirelerden ikisi *“Aile merkezli bakımın aileyi bilgilendirmek, bilinçlendirmek ve taburculuğa hazırlamak olduğunu”* belirtti. (Hemşire G, H)

Hekimlerin ikisi aile merkezli bakıma yönelik farklı görüş belirtirken, diğer ikisinin görüşleri aynı idi.

*“Aile merkezli bakım, aile ile birlikte çocuğun yararı için çalışmaktır, çocuğun hastalığı hakkında aileyi, sonra da çocuğu bilgilendirmektir.”* (Hekim A)

*“Onkoloji hastalarına eğitim vererek, ailelerin çocuğun bakımının büyük kısmında görev almalarını sağlamak.”* (Hekim C)

Hekim B ve D ise *“Aile merkezli bakım aileyi bilinçlendirir, bilgilendirmektir”* şeklinde görüş bildirdi.

#### **Aile merkezli bakım uygulamalarında kimler yer alır sorusuna yönelik görüşler**

Aile merkezli bakımı kimler uygular sorusunu hemşirelerden beşi *“Tüm ekip üyeleri, aileler, hemşireler ve doktorlar uygular”* derken, üç hemşire (Hemşire A, B ve I) ‘Hemşire ve doktor uygular’, diğer hemşireler ise *“Daha çok aileler uygular”* dedi. (Hemşire C,J,K)

Hekim A ve B, *“Aile merkezli bakım ekip işidir, doktor, hemşire, tüm sağlık çalışanları uygular”* derken, Hekim C, *“Aile merkezli bakımı daha çok hemşireler uygular, hemşireler eğitim vermeli ve aileyi denetlemeli”*, Hekim D ise *“Aile merkezli bakımı hemşireler uygulaması, onlar hastayla gün boyu beraberler, bizim yükümüz, hastaya yetiştirme sorumluluğumuz nedeniyle ailelere çok fazla zaman ayıramıyoruz”* şeklinde düşüncelerini belirtti.

#### **Hemşire ve hekimlerin aile merkezli bakımdaki rollerine ilişkin görüşleri**

Yapılan görüşmelerde hemşirelerin çoğunluğu aile merkezli bakımdaki rollerini; bilgi vermek, bakımı öğretmek ve aileye yardımcı olmak olarak ifade etti. Hemşirelerden bazılarının görüşleri;

*“Aile merkezli bakımda doktorlardan çok bizlere görev düşüyor, aileler bizi daha yakın görüyor, bize kolaylıkla ulaşıyorlar, onlara en çok biz öğretiyoruz, bakım olsun, hijyen olsun, tedavi haricinde onlara psikolojik destek*

*oluyoruz, zaten onkoloji hastaları için en önemli olan da odur.”* (Hemşire A)

Hemşire E, *“Aslında hemşire başrolde, gün boyu onlarla beraberiz, ailenin ne yapması gerektiğine hemşire karar veriyor, aile hemşirenin dediği şeyleri yapıyor, biz bu işi nasıl okuldan öğrendiysek, ailede bizden öğreniyor.”*

**Hekimlerin aile merkezli bakımdaki rollerine ilişkin görüşleri;**

*“Hastaya ve yakınlarına anlayacağı dilde durumu anlatmak ve üstesinden gelmesi için aileye yardım etmektir.”* (Hekim A ve B)

*“Aile merkezli bakımda doktordan çok hemşirenin rolü fazladır, hemşireler bizden daha çok buradalar, onlar daha fazla ilgileniyorlar, klinik hocası ve doktorlar daha çok hasta yakınlarına bilgi veriyorlar.”* (Hekim C ve D)

#### **Hekim ve hemşirelerin aile merkezli bakımın çocuk ve ebeveyn açısından yararlarına ilişkin görüşleri**

Hemşire ve hekimlerin tamamı aile merkezli bakımın tedavi sürecine pozitif etkisi olduğunu, çocuğu ve aileyi psikolojik olarak rahatlattığını belirtti. Bir hemşire ve bir hekimin ifadesi:

*“Aile merkezli bakım yaklaşımı ile tedavi süreci daha hızlı olur, aileyi işleme kattığında çocuk, ailem benimle ilgileniyor diye düşünür, kendini önemli hisseder, ebeveyn için çocuğu ile birebir ilgilenmek onlara da iyi gelir, her şeyden önemlisi çocuğuyla hastalığı paylaşınca, kendini işin içinde görür.”*(Hemşire C)

*“Her uygulamada bilgi vermek, kaygılı aileye açıklama yapmak, aileyi tedavi konusunda rahatlatır.”* (Hekim D)

#### **Hemşire ve hekimlerin çalıştıkları klinikte aile merkezli bakımın uygulama durumuna ilişkin görüşleri**

Pediyatrik onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin çoğu aile merkezli bakımı kısmen uyguladıklarını, hekimler ise uygulayamadıklarını belirttiler.

*“Burada aile merkezli bakım kısmen uygulanıyor, fiziki şartlarımız çok uygun değil o da bizi engelliyor, örneğin ailelere bilgi verebileceğimiz uygun oda yok, ayaküstü bilgi veriyoruz, bir de çocuğun yanında her şeyi anlatmıyoruz, babalara da bilgi veremiyoruz, işin dışında kalıyorlar.”* (Hemşire E)

*“Kliniğimizde aile merkezli bakımı uygulayamıyoruz, örneğin babaları servise alamıyoruz, babaların durumu zor, onlarda anneler kadar üzülüyor, çocuğu vefat eden bir babanın bana söylediklerine çok üzuldüm, aklım-*



*dan hiç çıkmıyor, 'altı ay çocuğum burada yattı, doğru dürüst göremedim, sarılamadım, yoğun bakımda da göstermediler, koklayamadım bile elimden uçup gitti' halbuki bu bizim elimizde değil kliniğin kuralı böyle..."*  
(Hemşire D, babanın bu ifadelerini anlatırken gözleri doldu).

*"Aile merkezli bakımı belki tamamen uygulayamıyoruz, ama bazı hususlarda onlara yardımcı oluyoruz. Bir defa onlarla çok uzun süre beraber oluyoruz, burası evleri gibi aileler birbirleri ile iletişim halinde, zamanla birbirlerine destek oluyorlar, telefonlaşıyorlar, çocuklar birbirlerini arıyor."* (Hemşire I)

*"Hayır, herkes çok yoğun, bunun için aile merkezli bakımı uygulanamıyor."* (Hekim A)

*"Aileler bilinçsiz, doktorların yeterli vakti olmuyor, vaktimiz olsa kendiliğinden gelişir."* (Hekim B)

Hekimlerden birinin ifadesi çarpıcı idi, *"Aile merkezli bakım uygulanmıyor, herkes çok yoğun, birde göreve ilk başladığımda çocuklarla çok ilgileniyordum, bir gün bir çocuğa oyuncak aldım, çok sevindi, bende onu sevindirdiğim için mutlu oldum, ancak o çocuğu birkaç gün sonra kaybettik... yıkıldım, artık eskisi kadar duygusal olarak yaklaşmıyorum."* (Hekim D)

### **Aile merkezli bakım eğitimi sonrası hemşire ve hekimlerle yapılan görüşmelere ilişkin bulgular**

Çocuk onkoloji ünitesinde çalışan hemşire ve hekimlerle aile merkezli bakım eğitimi yapıldıktan sonra aile merkezli bakımla ilgili bilgi ve uygulamalarında değişiklik olup olmadığını değerlendirmek amacı eğitimden altı ay sonra ile bire bir derinlemesine görüşmeler yapıldı. Yapılan görüşmelerde; hemşirelerin büyük çoğunluğu aile merkezli bakım eğitimi sonrası aile ve çocuğa yaklaşımlarında bazı değişiklikler olduğunu belirtti.

*"Önceden annelerin tepkilerini bireyselleştiriyor, üzerine alınıyordum, eğitimden sonra onlara daha empatik yaklaşmaya başladım, eğitim sonrası hepimizde olumlu gelişmeler olduğunu düşünüyorum."*(Hemşire A)

*"Ailelere eskiye göre daha fazla açıklama yapıyoruz, örneğin bir işlem yapacaksa çocuğun yanında kalmak ister misin? diye soruyorum."*(Hemşire I)

Hemşire J'nin ifadesi aile merkezli bakım eğitiminin etkinliğini göstermesi bakımından sevindirici idi, *"Eskiden aileler bir soruyu birden fazla sorunca sinirlenirdim, şimdi daha sabırlı davranıyorum, biz burada aile mer-*

*kezli bakımı fazlasıyla uyguluyoruz."*

### **Hekimlerin görüşleri**

Aile merkezli bakım eğitimi sonrası hekimlerle yapılan görüşmelerde; hekimler sık rotasyon olmaları ve çok yoğun olmaları nedeni ile ailelere yeteri kadar vakit ayıramadıklarını belirttiler de aile ve çocuğa yaklaşımlarında az da olsa olumlu değişiklik olduğunu belirttiler. *"Hastalar soru sorduğunda olabildiğince vakit ayırmaya çalışıyorum, mümkün olduğunca dinliyorum."* (Hekim A)

*"Çocukla ilgili işlemler öncesinde açıklama yapıyorum, çocuk uygunsa babaların çocuğunu görmesine izin veriyorum"* (Hekim C)

### **TARTIŞMA**

Aile merkezli bakım yaklaşımının ebeveyn, çocuk ve sağlık çalışanları açısından yararlı bir uygulama olduğu bu nedenle tüm kliniklerde uygulanmasına yönelik önerilerin yer aldığı çalışmalar literatürde yer almaktadır (1,5,18,19). Bununla birlikte yapılan çeşitli araştırmalarda, aile merkezli bakım uygulamalarına yönelik çeşitli engeller olduğu belirtilmektedir (11,12,14). Bu engellerin en önemlilerinden biri sağlık çalışanlarının aile merkezli bakıma yönelik bilgi ve uygulamalarının istendik düzeyde olmamasıdır(14).

Bu çalışmada hekim ve hemşirelerin aile merkezli bakıma yönelik görüş ve uygulamaları incelenmiştir. Aile merkezli bakım eğitimi verilmeden önce, hemşirelerden biri aile merkezli bakımın evde yapılan bir uygulama olduğunu, biri ailenin çocuğun bakım ve tedavisine dahil edilmesi olduğunu, diğerleri ise aileye destek, bilgi verme olduğunu belirttiler. Hekimler ise aile merkezli bakımı aileyi ve çocuğu bilgilendirmek, gerektiğinde aileden yardım istemek olarak tanımladılar.

Aile merkezli bakımın içeriğinde itibar ve saygı, bilgi paylaşımı, ailenin bakımda yer alması, aile ile işbirliği gibi temel öğeleri içermektedir (1). Aileye bilgi verme ve bakıma katılımlarının sağlanması aile merkezli bakım yaklaşımının sadece bir bölümünü karşıladığından, araştırma kapsamına alınan hemşire ve hekimlerin eğitim öncesi aile merkezli bakıma ilişkin bilgilerinin istendik düzeyde olmadığı söylenebilir.

Hemşirelerin aile merkezli bakıma yönelik düşüncelerinin değerlendirildiği kalitatif bir çalışmada; hemşireler aile merkezli bakımın çok önemli ve gerekli bir sağlık yaklaşımı olduğuna inandıklarını, aile merkezli bakımla ilgili bilgi ve deneyimlerini geliştirmek için teorik ve pratik eğitime ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir (4). Literatürde aile merkezli bakım felsefesinin; aileyi bir ziyaretçi ya da refakatçi olarak görmek yerine, bir ortak, ekibin önemli bir üyesi olarak gördüğü ve aile merkezli bakımın ailenin de içinde yer aldığı bir ekip işi olduğu belirtilmektedir (1,18).

Bu çalışmada dört hemşire aile merkezli bakımı hekim ve hemşire uygularken, üç hemşire daha çok aileler uygularken görüş bildirdi. Hekimlerden ikisi aile merkezli bakımı uygulamak ekip işidir derken, ikisi ise aile ile daha çok bir arada buldukları için aile merkezli bakımı hemşireler uygulamalı şeklinde görüş bildirdi. Yapılan çeşitli çalışmalarda hemşirelerin, çocuğun beslenme ve hijyen gereksinimlerini gidermeleri için ailelerin çocuğun yanında kalmalarına izin verdikleri ve aileyi ekibin bir üyesi olarak görmedikleri belirlenmiştir (2,15,17). Bu çalışma ve yapılan diğer çalışmalar, sağlık çalışanlarının ebeveynleri ekibin bir üyesi ya da partner olarak görmekten çok, çocuğun bazı gereksinimlerini karşılayan, birtakım invaziv girişimlerin yapılması esnasında çocuğa yardımcı olan kişiler olarak gördüklerini ve aile merkezli bakımda ebeveynlerin rolünün sağlık çalışanlarının görüşleri doğrultusunda şekillendiğini düşündürmektedir.

Aile merkezli bakım uygulamalarında sağlık çalışanlarının çeşitli rol ve görevleri bulunmaktadır. Amerikan Pediatri Akademisi aile merkezli bakıma yönelik pediatrislerin rollerini 15 maddede tanımlamış ve bunların; ailelerin dinine, sosyal yönüne, kültürel değerlerine ve gizliliklerine saygı duyma, ailelerin çocuklarının bakımındaki rollerine önem verme, çocuğa yönelik eksiksiz, sürekli ve tam bilgi verme, ailenin ve çocuğun kararlara katılımını sağlama, aileler arasında iletişimi sağlama ve ailelerin fiziksel gereksinimlerini sağlayabilecekleri ortam oluşturma olduğunu bildirmiştir (18).

Bu çalışmada hemşireler aile merkezli bakımdaki rollerini; bilgi vermek, bakımı öğretmek, yardımcı olmak şeklinde yanıtlarken, hekimlerden bazıları rollerini; bilgi

vermek, aileye yardım etmek, bazıları da aile merkezli bakımda hekimin rolünün az hemşirenin rolünün daha fazla olduğunu ifade etti. Araştırma kapsamına alınan hekim ve hemşirelerin ifadeleri aile merkezli bakımı bir ekip işinden çok hemşirelerin daha rahat ve kolay uyguladıkları bir iş olarak algıladıklarını düşündürmektedir.

Literatürde aile merkezli bakım yaklaşımının, çocuğun ve ebeveynin kaygılarını azalttığı, ebeveynlerin problem çözme becerisini arttırdığı, sağlık çalışanları ve ebeveynler arasında iletişimi ve güven duygusunu geliştirdiği, taburculuk süresini kısalttığı, çocuk ve ebeveynin memnuniyetini arttırdığı gibi oldukça olumlu ve kapsamlı sonuçlarının olduğu belirtilmektedir (18,19).

Bu çalışmada; hemşire ve hekimlerin tamamı aile merkezli bakımın tedavi sürecine pozitif etkisinin olduğunu, annelerin tedavi ve bakım hakkında bilgilendiği ve kendilerini daha güvende hissettiği, çocuğun kendisi ile ilgilendiğini düşündüğü, çocuğu ve aileyi psikolojik olarak rahatlatma gibi yararlarının olduğunu belirttiler.

Yapılan çalışmalarda hemşire ve hekimlerin aile merkezli bakımın, çocuk ve ailesi açısından yararına inandıkları ancak aile merkezli bakımı uygulamada çeşitli zorluklarla karşılaştıkları saptanmıştır (4,14).

Çalışmaya katılan hemşireler, aile merkezli bakım yaklaşımını uygularken daha çok kliniğin fiziki yapısının uygun olmaması, eğitim ve özel görüşme yapılabilecek bir ortamın bulunmaması ve kliniğin bazı kurallarının (babaların çocuğun yanında kalamaması gibi) tüm aile üyeleri ile işbirliğini engellemesi gibi sorunlarla karşılaştıklarını belirtirken, bazı hemşireler yaşanan sorunlar nedeni ile aile merkezli bakımı kısmen uyguladıklarını hekimler ise yeterli zamanlarının olmaması nedeniyle aile merkezli uygulamadıklarını belirttiler.

Aile merkezli bakımın uygulanmama nedenlerinin araştırıldığı çeşitli çalışmalarda da; aile merkezli bakımın uygulanabilmesi için etkili hastane politikalarının geliştirilmemesi, hastanelerin fiziki koşullarının uygun olmaması, sağlık çalışanlarının ebeveynleri tehdit olarak algılaması, bu konuya yönelik yeterli bilgi ve zaman olmaması gibi nedenlerin etkili olduğu bulunmuştur (3,11,14).



Bu çalışma ve diğer çalışmalardan elde edilen bulgular; aile merkezli bakımın kurum politikası olarak benimsenmesi, aileler için uygun fiziksel ortam oluşturulması, aile merkezli bakıma yönelik etkin eğitim programlarının uygulanması, hemşire ve hekimlerin iş yüklerinin azaltılmasının yararlı olacağını düşündürmektedir.

Hastanede yatma süresince çocuk ve ailelerle en yakın ilişkide olan sağlık profesyonelleri, hemşire ve hekimlerdir. Aile merkezli bakımın kliniklerde uygulanabilmesi için değişim ve farklılık yaratmada önemli bir role sahip olan hemşire ve hekimlerin bu konudaki tutumları oldukça önemlidir. Çalışmada verilen aile merkezli bakım eğitimi ile bu konuda farkındalık oluşturulmaya çalışılmıştır. Yapılan birebir görüşmelerde hemşire ve hekimlerin büyük çoğunluğu, aile merkezli bakım yaklaşımı eğitimi sonrası yaklaşımlarında değişiklikler olduğunu belirttiler.

Eğitim sonrası hemşireler; aile ve çocukla daha empatik iletişim kurduklarını, daha fazla bilgi verdiklerini ifade ettiler. Hekimler ise olabildiğince vakit ayırmaya çalıştıklarını, bilgi verdiklerini ifade ettiler.

Araştırma kapsamına alınan hemşire ve hekimlerin ifadeleri, sağlık çalışanlarına verilen aile merkezli bakım eğitiminin çocuğa ve aileye yaklaşımlarını olumlu yönde değiştirdiğini gösterdi.

Pediyatrik onkoloji kliniğinde kanserli çocuklar için aile merkezli bakım modelinin geliştirilmesine yönelik yapılan bir çalışmada, hemşirelere verilen aile merkezli bakım eğitimi sonrası, aile merkezli bakıma yönelik bilgi ve anlayışlarının önemli düzeyde arttığı, aileler ve hemşireler arasında çocuğun bakımına yönelik işbirliği ve iletişimin geliştiği, aile ve çocuğun anksiyetesinin önemli ölçüde azaldığı, hemşirelerin otonomi ve bağımsız rollerinin farkına vardığı belirlenmiştir (20).

Aile merkezli bakımın ebeveynlerin bakım yükü ve yaşam kalitesine etkisinin incelendiği 204 kanserli çocuğun ebeveynleri ile yapılan bir çalışmada, aile merkezli bakımın ebeveynlerin bakım verme yükünü azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı saptanmıştır (21).

## SONUÇ

Bu çalışmada aile merkezli bakım eğitimi sonrası hemşire ve hekimlerin aile merkezli bakım yaklaşımında olumlu artış olduğu saptandı.

Bu sonuçlar doğrultusunda kanserli çocuklar, ebeveynler, hekim ve hemşireler açısından yararı dikkate alınarak pediyatrik onkoloji kliniklerinde aile merkezli bakım yaklaşımına yönelik düzenli eğitim verilmesi, AMB'nin başta çocuk klinikleri olmak üzere tüm kliniklerde rutin olarak uygulanması, aile merkezli bakımın bir kurum politikası olarak benimsenmesi, hastanelerin aile ve çocukların gereksinimlerini (eğitim odası, görüşme odası vb) karşılayacak nitelikte düzenlenmesi gerekliliği düşünülmektedir.

## Çalışmanın Sınırlılıkları

Pediyatrik onkoloji kliniğinde çalışan hekim ve hemşirelerin sayıca az olması, iş yükünün fazlalığı, kliniğin fiziksel ortamının yetersizliği ve kanserin çocuklar ve ebeveynler kadar sağlık çalışanlarında da kaygı ve strese neden olması randevu alınmasında ve eğitimlerin gerçekleştirilmesinde bazı güçlükler yaşanmasına neden oldu.

## KAYNAKLAR

1. Institute for Patient- and Family-Centered Care (2013). What is patient- and family-centered health care? Link: <http://www.ipfcc.org/>
2. Boztepe H. Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım. Türkiye Klinikleri 2009;1:88-93.
3. Harrison T M. Family-centered pediatric nursing care: state of the science. Journal of Pediatric Nursing 2010; 25: 335-343.
4. Coyne I, O'Neill C, Murphy M, Costello T, O'Shea R. What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. Journal Of Advanced Nursing 2011;67: 2561-2573.
5. Kuhlthau KA, Bloom S, Van Cleave J, Knapp AA, Romm D, Klatka K, et al. Evidence for family-centered care for children with special health care needs: a systematic review. Acad Pediatr 2011;11(2):136-143.
6. Günay U, Polat S. The effect of family centered care on the anxiety levels of the children with cancer and parents. The 5th Congress of the European Academy of Paediatric Societies

es – EAPS, Barcelona, Spain – October 17-21, 2014.

7. Isoardi J, Slabbert N, Treston G. Witnessing invasive paediatric procedures, including resuscitation, in the emergency department: a parental perspective. *Emerg Med Australas*. 2005;17(3):244-8.
8. Karabudak S, Ak B, Başbakkal Z. Girişimler sırasında aile üyeleri nerede olmalı? *Türk Ped Arşivi* 2010; 45: 53-60.
9. Yiu JM, Twinn S. Determining the needs of chinese parents during the hospitalization of Their child diagnosed with cancer: an exploratory study. *Cancer Nurs*. 2001;24(6):483-9.
10. Shields L, Nixon J. Hospital care of children in four countries. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 475–486.
11. Shields L, Family-centred care: Effective care delivery or sacred cow? *Forum on Public Policy* 2011: 4-7
12. Coyne I, Cowley S. Challenging the philosophy of partnership with parents:A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies* 2007;44: 893–904.
13. MacKay LJ, Gregory D. Exploring family-centered care among pediatric oncology nurses. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2011;28(1):43-52.
14. Higman W, Shaw K. Nurses' understanding about the delivery of family centred care in the neonatal unit. *Journal of Neonatal Nursing* 2008; 14: 193-198.
15. Kuzlu T, Kalıncı N, Topan A. Üniversite hastanesinde çocuklara verilen bakımın aile merkezli bakım yönünden incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2011;6: 1-16.
16. Tosun A, Tüfekçi F. Çocuk kliniklerinde verilen bakımın aile merkezli bakım yönünden incelenmesi, s 97, 57. Milli Pediatri Kongresi Bildiri Kitabı, 30 Ekim -3 Kasım 2013, Antalya.
17. Doğan B. Hastanede Yatan Çocuğun Bakımına Ebeveynlerin Katılımı Konusunda Hemşirelerin, Doktorların ve Ebeveynlerin Görüşleri ve Beklentileri, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2010: 5-10.
18. American Academy of Pediatrics (AAP), Committee on Hospital Care. Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*. 2003;112:691–695.
19. Mitchell ML, Chaboyer W. Family centred care-a way to connect patients, families and nurses in critical care: a qualitative study using telephone interviews. *Intensive and Critical Care Nursing* 2010; 26, 154-160.
20. Tassanee A, Khampalikit S, Phuphaibul R, Tilokskulchai F. Development of a family-centered care model for children with cancer in a pediatric cancer unit. *Thai J Nurs Res* 2004;8:52-63.
21. Crespo C, Santos S, Tavares A, Salvador A. "Care That Matters": Family-Centered Care, Caregiving Burden, and Adaptation in Parents of Children With Cancer. *Families, Systems, & Health* 2016 American Psychological Association 2016;34: 1, 31–40.