

ÇOCUK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİNDE AİLE MERKEZLİ BAKIM YAKLAŞIMI

Burcu AYKANAT¹ Duygu GÖZEN²

ÖZET

Çocukların sağlığını geliştirme ve koruma, toplum sağlığının geliştirilmesi ve korunması açısından önemlidir. Toplum sağlığının geliştirilmesi ve korunmasında öncelikli sorumluluk ailede, daha sonra sağlık ekibi üyeleri ve toplumsal çevrededir. Çocuğun hastaneye yatması hem çocuk hem de ailesi için stresli bir süreçtir. Bu durum, tüm ailenin günlük aktiviteleri, aile içindeki rolleri ve görevlerinde değişikliğe yol açar. Çocuğun hastanede yatma sürecinde sağlık bakımına yönelik sorumlulukların büyük kısmının sağlık profesyonelleri tarafından yerine getirilmesi, ailelerin sağlık bakımına katılmada kendilerini çaresiz hissetmelerine ve anksiyete yaşamalarına neden olur. Literatürde ailelerin hastanede yatan çocuklarının yanında kalma, çocuklarının bakımında aktif rol alma, çocuğun durumu, tanı ve tedavi testleri konusunda bilgilendirilme gereksinimlerinin olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle, hastane ortamında ailelerin beklenti ve gereksinimlerine en uygun sağlık hizmeti verebilmek, çocuk ve ailesinin anksiyetesini azaltarak iyileşme sürecini hızlandırmak amacıyla çocuk sağlığı alanında aile merkezli bakım uygulamaları önerilmektedir. Aile merkezli bakım felsefesi çocuğun yaşamında ailenin devamlılığının tanınması ve çocuğun bakımı ve sağlığı ile ilgili kararlara ailenin aktif katılımının sağlanması inancına dayanır. Bu makalede aile merkezli bakımın tarihsel gelişimi, çocuklar ve aileleri için yararları, uygulanma durumu ve aile merkezli bakımda hemşirenin rolleri literatür doğrultusunda tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Aile Merkezli Bakım, Aile, Çocuk, Çocuk Sağlığı Hemşireliği

¹Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü Öğretim Görevlisi

²İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Yardımcı Doçent Dr

İletişim /Corresponding Author: Burcu AYKANAT

Tel: 0376 213 17 02 **e-posta:** aykanat_87@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received : 01.09.2013

Kabul Tarihi / Accepted : 23.12.2013

FAMILY CENTERED CARE APPROACH IN CHILD HEALTH NURSING

ABSTRACT

Development and protection of children's health is important for the promotion and protection of public health. Primary responsibility for the development and protection of public health is in the family then the health care team members and the social environment. Hospitalization of a child is a stressful process both for the child and the family. This situation changes the daily activities of all the family members, their roles in the family and their duties. Fulfillment the majority of health care responsibilities of the child by health care professionals during hospitalization causes feeling helpless and anxiety in families. In the literature, requirements of families are reported about staying with their children at hospital during hospitalization, taking active role in caring for their children and being informed for the health condition of the child, diagnosis and treatment tests. Therefore, family centered care is suggested for accelerating child's recovery process with decreased child's and families anxiety and providing the most convenient health service for expectations and needs of families in the hospital environment. Family centered care philosophy is based on recognition of the family continuity in the child's life and providing active participation of the family for health related decisions about their children. In this article, the historical development of family centered care, its benefits on the child and families, status of implementation and the nurses' roles in family centered care will be discussed in accordance with the literature.

Key Words: Family Centered Care, Family, Child, Child Health Nursing

GİRİŞ

Çocukların sağlığını geliştirme ve koruma, toplum sağlığının geliştirilmesi ve korunması açısından önemlidir. Toplum sağlığının geliştirilmesi ve korunmasında öncelikli sorumluluk ailede, daha sonra sağlık ekibi üyeleri ve toplumsal çevrededir (1). Toplumun temel yapı taşı olan çocuk aile kurumu içinde yetişir, bilinçlenir ve topluma hazırlanır. Çocuğun, bedensel, zihinsel, fizyolojik ve psikolojik anlamda sağlıklı bir birey olarak yetişmesinde ve sağlık davranışlarının şekillenmesinde ailenin rolü çok büyüktür (1,2). İnsanın yaşamı boyunca aile ve aile üyeleri arasındaki ilişkiler farklı yoğunlukta kesintiye uğramaksızın devam eder. Hastaneye yatan çocuklar için de aile ile iletişimin sürekliliği önemlidir (2).

Çocuğun hastaneye yatması hem çocuk hem de ailesi için stresli bir süreçtir (3,4). Bu durum, tüm ailenin günlük aktiviteleri, aile içindeki rolleri ve görevlerinde değişikliğe yol açmaktadır (5). Aile içinde yaşanan değişikliklerin yanı sıra hastane ortamının yabancı olması, tanımadıkları araç-gereçlerle karşılaşmaları, prognozun belirsizliği, çocuğun bakımındaki rollerinin değişmesi, çocuklarını nasıl destekleyecekleri ve bakım verecekleri konusunda bilgi eksikliklerinin olması ailelerin anksiyete yaşamalarına neden olmaktadır (3,4). Çocuğun hastanede yatma sürecinde sağlık bakımına yönelik sorumlulukların büyük kısmının sağlık profesyonelleri tarafından yerine getirilmesi, ailelerin sağlık bakımına katılmada kendilerini çaresiz hissetmelerine, kontrol kaybı ve yetersizlik duyguları yaşamalarına yol açmaktadır (6).

Ebeveynlerin hastanede çocuğun bakımına katılmalarına ilişkin yapılmış çalışmalarda; ebeveynlerin hastanede yatan çocuklarının yanında kalma (7), çocuklarının bakımında aktif rol alma (8,9), ağırlı işlemler sırasında çocuklarının yanında olma (10,11), çocuğun durumu, tanı ve tedavi testleri konusunda bilgilendirilme (12), sağlık personeli tarafından endişe ve sorunlarının dinlenilmesi, sorularının cevaplanması ve servise oryante edilme gereksinimlerinin olduğu bildirilmektedir (13).

Bu bağlamda, ailelerin araştırmalarla belirlenen gereksinimlerini karşılamak, beklentilerine en uygun hizmeti verebilmek (14), çocuk ve ailesinin anksiyetesini azaltarak iyileşme sürecini hızlandırmak amacıyla “aile merkezli bakım” uygulamaları geliştirilmiştir (1, 15).

I. AİLE MERKEZLİ BAKIMIN TANIMI VE AMACI

Çocuk sağlığı hemşireliğinde bir bakım felsefesi olarak benimsenen aile merkezli bakım; çocuğun sağlığının aileyi, ailenin sağlığının da çocuğu etkilediği bilgisi doğrultusunda, çocuğun yaşamında ailenin devamlılığının tanınması, çocuğun bakımı ve sağlığı ile ilgili kararlara ailenin aktif katılımının sağlanması sonucu ailenin güçlü yanlarının desteklenmesi inancına dayanır (2,16). “Çocuk sağlığı hemşireliğinde aile merkezli bakım; çocuk ve ailenin fiziksel, duygusal, sosyal, entelektüel, kültürel ve spiritüel yönlerden bir bütün olarak ele alındığı holistik/bütüncül bakım yaklaşımlarıdır” şeklinde tanımlanmıştır (17).

Aile merkezli bakımda amaç; çocuk ve aile arasındaki bağları korumak, ailenin çocuğun bakımına katılımını sağlamak, çocuğun hastane ortamında da kendini güvende hissetmesini sağlamak, hastaneye yatmanın çocuk ve aile üzerindeki olumsuz etkilerini önlemektir (4).

II. AİLE MERKEZLİ BAKIMIN TARİHÇESİ

Aile merkezli bakımın temeli 18. ve 19. yüzyıllara dayanmaktadır. Bu yüzyıllarda meydana gelen endüstrileşme, kapitalizm, küreselleşme ve nükleer olaylar çocuk sağlığının bakımında da gelişmelere neden olmuştur (18). II. Dünya Savaşı sırasında enfeksiyon hastalıklarının artmasıyla, hastanelerde salgınlara karşı önlemler alınmış, enfeksiyonun yayılmasını önlemek için ailelerin ziyareti sınırlandırılmıştır (19,20). Ayrıca, sağlık çalışanları 1960’lı yıllara kadar çocukların hastaneye ebeveynleriyle birlikte kabul edilmemesi gerektiğini düşünmüşlerdir. Bu durum, kronik hastalığı nedeniyle uzun süre hastanede kalan çocuklarda psikososyal travma ile sonuçlanmıştır (16). Florence Blake 1954 yılında, çocuğun hastanede yalnız kalmasının getirdiği olumsuz sonuçları ortaya koyan ilk araştırmacı hemşiredir (1).

1950’li yıllarda John Bowlby ve James Robertson, anne çocuk ayrılığı ve bunun sonuçları hakkında kapsamlı bir kuram geliştirmişlerdir. Bir araştırmacı ve film yapımcısı olan James Robertson, 1953 yılında “İki yaşındaki çocuk hastaneye gidiyor” ve “Hastaneye anneyle gitmek” adlı iki filminde ve 1958 yılında yayınladığı “Küçük çocuklar hastanede” adlı kitabında hospitalizasyon sürecinin çocuk üzerinde hastalıktan daha çok, anneden ayrılmaya bağlı stres ve acı yarattığı, bu durumun çocuğun iyileşme sürecini uzattığı görüşünü savunmuştur (20). Bu gelişmelere paralel olarak 1959 yılında İngiltere’de Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan ve 55 öneriden oluşan Platt Raporu bir dönüm noktası oluşturmuştur.

Platt Raporunda; ebeveynlerin ziyaretinin sınırlı olmaması, annelerin çocukları ile birlikte hastanede kalması, hastane ortamında çocuğun yaşına özgü oyun aktivitelerinin sağlanması, çocukların bakım ve tedavisinde yer alacak sağlık personelinin çocuğun duygusal ihtiyaçlarını anlayabilecek yeterliliklerde olması ve eğitimlerinin bu doğrultuda planlanması gerektiği vurgulanmıştır (18).

1970 ve 1980’li yıllarda ailelerin çocuklarının bakımına aktif katılımı görüşü hastanede yatan çocukların duygusal ve gelişimsel gereksinimlerinin karşılanmasını sağlamış ve 1990’lı yıllarda aile merkezli bakım felsefesinin benimsenmesine katkıda bulunmuştur (20).

III. AİLE MERKEZLİ BAKIMIN İLKELERİ

Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics- AAP), sağlık çalışanlarının bakımlarını aile merkezli bakım anlayışı ile sunabilmeleri için ilkeler geliştirmiştir (21). Bu ilkeler:

1. Çocuk ve ailesine saygı duymak,
2. Ailelerin etnik, kültürel, sosyoekonomik ve ırksal özelliklerine, baş etme yöntemlerine saygı duymak,
3. Ailenin gücünü kabul ederek desteklemek ve cesaretlendirmek,
4. Bakım ve destek yaklaşımlarıyla, çocuğun ve ailenin seçimini destekleyerek onlara yol göstermek,
5. Ailenin kültürel değer ve inançları doğrultusunda politikaların uygulanabilirliğini sağlamak,
6. Çocuklarının durumu ile ilgili aileye sürekli ve eksiksiz bilgi vermek,
7. Çocuk, aile ya da bakım veren bireye yaşamın her döneminde resmi-gayri resmi destek sağlamak,
8. Çocuğun bireysel bakımı, sağlık çalışanlarının eğitimi, politikaların ve programların geliştirilmesi gibi sağlık hizmetinin tüm aşamalarında aileler ile işbirliği yapmak,
9. Her çocuk ve aileyi kendi gücünü keşfetmesi, özgüvenini geliştirmesi, sağlıkla ilgili seçim ve kararları alması için güçlendirmektir.

Hastaneye Yatırılan Hasta Çocuk Hakları ve Avrupa Hastanede Yatan Çocuk Hakları Bildirgeleri’nde yer alan çocuk haklarına ilişkin maddeler, aile merkezli bakım ilkelerine benzerlik göstermektedir (22). Bu bağlamda, hastaneye yatırılan her çocuğun aile merkezli bakım alma hakkı vardır.

IV. AİLE MERKEZLİ BAKIMIN ÇOCUKLAR VE AİLELERİ İÇİN YARARLARI

A. Çocuklar İçin Yararları

Byers ve arkadaşları 114 preterm bebek ve ebeveynleriyle yaptıkları çalışmada, aile merkezli bakım uygulanan grupta yer alan preterm bebeklerin daha az ağladığını, stres düzeylerinin daha az olduğunu ve daha az oranda analjezik gereksinimlerinin olduğunu bulmuşlardır (23). Melnyk ve Feinstein ebeveynlerin hastanede çocuğun bakımına katılmasının taburculuk sonrası çocukta görülebilecek davranış değişikliğine etkisini inceledikleri çalışmalarında, ebeveynleri bakıma katılan çocuklarda hastaneden taburcu olduktan sonra görülen olumsuz davranış değişikliklerinin belirgin bir şekilde azaldığını saptamışlardır (24). Kamerling ve arkadaşları anestezi sonrası yoğun bakım ünitelerinde sunulan aile merkezli bakımın, çocuğun rahatının sağlanmasında, analjezik gereksinimi ve iyileşme süresinin azalmasında olumlu yararları olduğunu bildirmişlerdir (25).

Bu çalışmalar doğrultusunda aile merkezli bakım ilkeleri doğrultusunda alınan bakımın, çocukların anksiyete düzeyini azalttığı, hospitalizasyona daha iyi uyum yapmalarını desteklediği, çocuğun daha az ağrı yaşamasına yardımcı olduğu, daha hızlı bir iyileşme dönemi ve erken taburcu olmayı sağladığı görülmektedir.

B. Aileler İçin Yararları

Cooper ve arkadaşları aile merkezli bakımın yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde uygulanmasının yararını belirlemek için yaptıkları çalışmada, aile merkezli bakım uygulamalarının ailelerin bebek ile arasındaki bağlılığın ve bebek bakım becerilerinin artmasında ve ailelerin bebeğin sağlık durumuna ilişkin yeterli bilgi sahibi olmalarında etkili olduğunu saptamışlardır (14). Erdev ve arkadaşları yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi gören bebeklerinin bakımına katılan annelerin, katılmayan annelere göre bakım becerilerinin daha artmış olması nedeniyle bebeklerinin tekrar hastaneye yatma oranının iki kat daha az olduğunu belirtmişlerdir (26). Dunst ve arkadaşlarının aile merkezli bakımın etkisini inceledikleri meta analiz çalışmalarında, aile merkezli bakımın, ailenin öz yeterlilik duygusunu arttıran, bakım memnuniyetini yükselten, ebeveyn-çocuk bağlılığını ve davranışlarını olumlu yönde etkileyen bir bakım modeli olduğu belirtilmiştir (27).

Yapılan çalışmalar doğrultusunda aile merkezli bakımın, ailenin bakım verme becerilerini ve memnuniyetini yükselten, öz yeterlilik duygusunu arttıran, ailelerin

çocuklarının sağlık durumuna ilişkin yeterli bilgiye sahip olarak stresini azaltan bakım modeli olduğu görülmektedir.

V.AİLE MERKEZLİ BAKIMIN UYGULANMASINDA KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER

Aile merkezli bakım çocuk sağlığı hemşireliğinin en dinamik felsefelerinden biridir ve 21. yüzyılda çocuk sağlığı hemşireliğinin temel noktalarından biri olmuştur. Hastaneye yatan çocuğun bakımında aileler ve sağlık personelleri sağlık hizmetlerinde aktif rol üstlenmek istemekte ancak; ailelerin çocuğun bakımına katılımı yeterli düzeyde olmamaktadır (2, 28, 29). Petersen ve arkadaşları bu durumun, pediatri alanında çalışan hemşirelerin ve diğer sağlık personellerinin aile merkezli bakımı desteklediklerini iddia etmelerine rağmen bunu her zaman bakımlarına yansıtılmamalarından kaynaklandığını belirtmişlerdir (28).

Paliadelis ve arkadaşları çocuk sağlığı hemşirelerinin aile merkezli bakım uygulamalarını ve aile merkezli bakıma ilişkin görüşlerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun, ebeveynlerin çocuğun beslenme, boşaltım gibi öz bakım gereksinimlerini giderme, çocuğun boş zamanını değerlendirme ve çocuğun yanında her zaman kalarak onu sakinleştirme gibi görev ve sorumlulukları olduğunu ancak; çok az bir bölümünün, aldığı-çıkardığı takibi yapma; oral ilaçların uygulanması gibi tıbbi sorumlulukların ailelerin rolü olarak gördüklerini belirtmişlerdir (29). Çalışmada bunun en önemli nedeninin; hemşirelerin profesyonel görevlerini ailelerle paylaşmak istememeleri olduğu bulunmuştur.

Yapılan araştırmalarda, aile merkezli bakımın uygulamasında önemli role sahip hemşirelerin klinik uygulama alanında karşılaştıkları aile merkezli bakımı engelleyici faktörler aşağıda sınıflandırılmıştır (29,30).

- Hemşirelerin yoğun çalışma tempoları nedeniyle ailelere yeterli zaman ayıramamaları,
- Ailelerin eğitilmesinin hemşirelerin iş yükünü arttıracak düşüncesi,
- Ailelerin hastanedeki rolleri ve sorumluluklarına ilişkin bir rehber olmaması,
- Hemşirelerin çocuğun bakımında kendilerini profesyonel bir güç olarak görmeleri ve bu rollerini ailelerle paylaşmak istememeleri,
- Ağrı ve acı verici işlemlerde ailenin çocuğun yanında bulunmasının stresi arttıracak düşüncesi,

- Ailelerin çocuklarına bakım veren yetenekli sağlık personeli ile kendilerini kıyasladıklarında yetersiz, çaresiz hissetmeleri ve rol stresi yaşamaları,
- Hemşirelerin yasal sorumlulukları nedeniyle bakım uygulamalarını ailelerle paylaşmak istememeleridir.

Shields ve Nixon çalışmalarında, iki gelişmiş ülkede (Avustralya ve İngiltere) ve 2 gelişmekte olan ülkedeki (Endonezya ve Tayland) aile merkezli bakım uygulamalarını değerlendirmiş ve aile merkezli bakım uygulamalarının belirgin bir şekilde gelişmiş ülkelerde daha yaygın kullanıldığını saptamışlardır (19). Bu durum aile merkezli bakım uygulamalarının gelişmiş ülkelerde daha yaygın olduğunu, gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde ise etkin kullanılmadığı görüşünü desteklemektedir.

Ülkemizde ise aile merkezli bakımın durumu incelendiğinde, ailelerin çocukları ile beraber hastanede kalmalarına ilişkin standart bir uygulamanın olmadığı gözlenmektedir. Literatürde ailelerin 24 saat çocuklarıyla kalabildikleri hastanelerde bile aile merkezli bakımın istedik düzeyde olmadığı belirtilmiştir (31,32). Yapılan çalışmalarda, ailelerin çocuklarının tedavisi ile ilgili karar sürecine yeterince katılamadıkları, tıbbi bakımlarından çok bedensel bakımlarına katılabildikleri, çocuklarının bakımı ile ilgili yeterince bilgilendirilmedikleri, çocuklarıyla ilgili kaygılarını paylaşamadıkları, dinlenme ve banyo gibi öz bakım gereksinimlerini karşılayamadıkları, sağlık çalışanlarının ailelerin tedavi sürecinde yer almalarına yeterince izin vermedikleri bildirilmektedir (31, 32, 33).

VI. AİLE MERKEZLİ BAKIMIN UYGULANMASINDA HEMŞİRENİN ROLLERİ

“Çocuk sağlığı hemşireleri, çocuklar ve ailelerle en yakın ilişkide olan sağlık profesyonelleridir. Bu nedenle hemşireler, hastanedeki bakımın aile merkezli olması yönündeki değişim ve farklılığı yaratabilmede anahtar pozisyonadadırlar” (31).

Aile merkezli bakımın temelini iyi bir aile öyküsü almak oluşturur. Çocuk ile görüşme yapılırken çocuğun yaşı, ailenin özellikleri ve durumu göz önüne alınarak en uygun zamanda iletişim kurulmalıdır (1). Berlin ve Fowkes iletişimin başarılı bir şekilde sağlanması için “LEARN modelini” sunmuş ve bunun hemşireler-aileler arasında kullanılması gerektiğini savunmuşlardır. LEARN modeli, ailenin gereksinimlerine, hemşirenin farklı problemlerde kendi bakış açılarındaki benzer ve farklı bilgileri onaylamak için birbirlerini dikkatle dinlemelerine odaklanmıştır (34).

“LEARN” Modeli;

L=Listen (Dinle) (Ailenin bakış açısını anlamak için)

E=Explain your perception as the nurse (Hemşire olarak kendi bakış açınızı açıklama)

A=Acknowledge and discuss differences and similarities (Farklılıkları ve benzerlikleri tartışma ve ortak karara varma)

R=Recommend Treatment (Önerilen tedavi şekli)

N=Negotiate agreement (Tartışarak uzlaşma)

Çocuk sağlığı hemşiresinin, aileleri çocuğun bakımı konusunda eğitici rolü vardır. Bu eğitimin, çocuğun hastaneye kabulünden taburcu oluncaya kadar devam etmesi önemlidir. Hemşire, ailenin, çocuğun bakımı konusunda gerekli bilgi ve becerileri kazandıklarından ve bunları doğru olarak yaptığından emin olmalıdır (35). Hemşire, hastanede ailenin bakıma katılmasını sağlayarak ve verilen eğitimin etkinliğini denetleyerek, onları çocuğun evdeki bakımına hazırlamalıdır (21,35). Bu nedenle aile merkezli bakım uygulamaları, hemşirelerin eğitici ve danışmanlık rollerini daha aktif kullanmalarını gerektirir.

Çocuk sağlığı hemşiresi, ebeveynlere yönelik savunucu rolü doğrultusunda; ebeveynlerin çocuğun bakımına katılmasını desteklemeli, çocuğa uygulanan tanı ve tedavi yöntemlerini anlamalarına yardım etmeli, soru sormalarına izin vermeli, aileyi bilgilendirirken çocuğun sağlık durumu ve prognozu hakkında aileye dürüst ve anlaşılır olmalıdır. Ayrıca çocuk sağlığı hemşiresi, annelerin hastanede çocuğun tüm fiziksel bakımını üstlenmelerinin kendi gereksinimlerini karşılayamamalarına yol açabileceğini göz önünde bulundurarak, bakım planında annenin kendi gereksinimlerini de karşılayacak şekilde düzenlemeler yapmalıdır (21,31).

Ailenin sağlığa ilişkin inançları, değerleri ve tutumları ve sağlık uygulamaları doğumdan itibaren çocuğu etkiler. Bu nedenle, hemşire bakım vereceği çocuğu ve aileyi bütüncül olarak değerlendirmeli; ailenin güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olmalı ve kullandığı baş etme yöntemlerini değerlendirmeli, ailenin baş etmesine yardımcı olmalıdır (1,31).

“Aile merkezli bakımın uygulanabilmesi için, sağlık ve hastane politikalarında düzenlemeler yapılması gereklidir. Bu nedenle çocuk sağlığı hemşireleri, hastanede ebeveynlerin çocuklarıyla beraber kalabilmeleri yönünde sağlık ve hastane politikalarının oluşturulmasında aktif rol almalıdır (1,21,31). Hemşire, aile merkezli bakımın önemi ve uygulamaya aktarılması konusunda yapılacak araştırmalara katılmalı, araştırmacı rolü

doğrultusunda yeni kanıt temelli araştırma sonuçlarını uygulamalarına yansıtmalıdır” (4,21,31).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan çalışmalar, aile merkezli bakımın çocuk, ebeveynler ve sağlık ekibi üzerinde olumlu etkiler yarattığını, pediatri alanında çalışan hemşirelerin ve diğer sağlık personellerinin aile merkezli bakımın yararlı ve gerekli olduğuna inandıklarını ancak; bu bakım modelinin uygulamaya yansımalarının yeterli olmadığını göstermektedir. Bu nedenle aşağıdaki öneriler sunulmuştur (13,29,31):

- Pediatri klinikleri ve yoğun bakım ünitelerinde hastane yönetimi tarafından aile merkezli bakım protokollerinin oluşturulması ve benimsenmesi,
- Hastane yönetiminin olanakları çerçevesinde; ebeveynlerin refakatçi kalabilmesinin/ daha sık ziyaret ve beraber olma olanaklarının sağlanması, kendilerine detaylı bilgi verilmesi, güvenliğinin sağlanması, il dışından gelen ebeveynler için kalacak yer ve ulaşım problemine yönelik olanakların sağlanması,
- Ailelerin ve çocukların hastaneye yatışları sırasında anksiyetelerinin azaltılması için kliniğin tanıtımının yapılması ve kliniği tanıtıcı broşürler asılması,
- Ailelere çocuklarının sağlık durumu hakkında düzenli bilgilerin verilmesi, çocuklarının bakımına katılmaları konusunda desteklenmeleri, ilaç uygulamaları ve özel beceri gerektiren uygulamalarla ilgi planlı eğitimlerin yapılması,
- Çocuk servislerinde ve yoğun bakım ünitelerinde hemşire sayısının artırılması,
- Sağlık personelinin, aile içi ve aileler arası farklı kültürel özellikleri tanınması, çocuğun yaşamında ailesinin değerini ve destek hizmetlerinin değişken olduğunun farkında olması, ailelerin çocuğun sağlığında her zaman önceliği olduğunu kabul etmesi,
- Aile merkezli bakımın uygulanmasına ilişkin sorunlar araştırmalarla saptanarak, bu sorunlara yönelik yeni protokollerin oluşturulması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ocakçı A.F (ed.), Ocakçı A.F. Aile Merkezli Hemşirelik Bakımı: Çocuğun Aile Merkezli Bakımı. 1. Baskı. Dökel Matbaası, Zonguldak-2006. ss: 8-27.
2. Shields L, Pratt J, Hunter J. Family-Centered Care: A Review Of Qualitative Studies. Journal of Clinical Nursing 2006; 15(1): 1317-1323.

3. Çavuşoğlu H (ed.), Çavuşoğlu H. Hastaneye Yatmanın Çocuk ve Aile Üzerindeki Etkileri: Çocuk Sağlığı Hemşireliği. 9. Baskı. Sistem Ofset Basımevi, Ankara- 2008. ss: 51-67.
4. Hockenberry M.J (ed.), Wilson D (ed.), Sanders J. Impact Of Hospitalization On The Child and Family: Wong's Essentials of Pediatric Nursing. 8th edition. Mosby Inc, Philadelphia-2009. p: 658-686.
5. Sarajarvi A, Haapamaki M, Paavilainen E. Emotional and Informational Support For Families During Their Child's Illness. International Nursing Review 2006; 53(3): 205-210.
6. Talmi A, Harmon R. Relationships Between Preterm Infants and Their Parents: Disruption and Development. Zero to Three 2004; 1(1): 13-20.
7. Corlett J, Twycross A. Negotiation Of Parental Roles Within Family-Centered Care: A Review Of The Research. Journal of Clinical Nursing 2006; 15(1): 1308-1316.
8. Holm K.E, Patterson J.M, Gurney J.G. Parental Involvement and Family Centered Care In The Diagnostic and Treatment Phases Of Childhood Cancer: Results From A Qualitative Study. J Pediatr Oncol Nurs 2003; 20(6): 301-313.
9. Latta L.C, Dick R, Parry C, Tamura G.S. Parental Responses To Involvement In Rounds On A Pediatric Unit A Teaching Hospital: A Qualitative Study. Acad Med 2008; 83(3): 292-297.
10. Isoardi J, Slabbert N, Treston G. Witnessing Invasive Paediatric Procedures, Including Resuscitation In The Emergency Department: A Parental Perspective. Emerg Med Australas 2005; 17(1): 244-248.
11. Egemen A, İkizoğlu T, Karapınar B, Coşar H, Karapınar D. Parental Presence During Invasive Procedures and Resuscitation: Attitudes Of Health Care Professionals In Turkey. Pediatr Emerg Care 2006; 22(1): 230-234.
12. Ward K. Perceived Needs Of Parents Of Critically Ill Infants In A Neonatal Intensive Care Unit. Pediatric Nursing Journal 2001; 27(3): 281-285.
13. Doğan B. Yüksek Lisans Tezi; "Hastanede Yatan Çocuğun Bakımına Ebeveynlerin Katılımı Konusunda Hemşirelerin, Doktorların ve Ebeveynlerin Görüşleri ve Beklentileri" Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Doç. Dr. Firdevs Erdemir. Ankara-2010.

14. Cooper L, Gooding J, Gallagher J, Sternesky L, Ledsy R, Berns S. Impact Of A Family-Centered Care Initiative On Nicu Care, Staff and Families. *Journal of Perinatology* 2007; 27(1): 32-37.
15. Ahhmann E. New Guidance Materials Promote Family Centered Change In Health Care Institutions. *Pediatric Nursing Journal* 2001; 27(2): 173-175.
16. Harrison T.M. Family Centered Pediatric Nursing Care: State Of The Science. *Journal of Pediatric Nursing* 2010; 25(5): 335-343.
17. Törüner E (ed.), Büyükgönenç L (ed.), Törüner E, Büyükgönenç L. Çocuk Sağlığı Hemşireliği: Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Gökçe Ofset, Ankara-2011. ss: 172-182.
18. Shields L, Tanner A. Pilot Study Of A Tool To Investigate Perceptions Of Family-Centered Care In Different Care Settings. *Pediatric Nursing Journal* 2004; 30(3): 189-196.
19. Shields L, Nixon J. Hospital Care Of Children In Four Countries. *JAN* 2004; 45(5): 475-485.
20. Jolley J, Shields L. The Evolution Of Family-Centered Care. *Journal of Pediatric Nursing* 2009; 24(2): 164-170.
21. American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care. Family-Centered Care and The Pediatrician's Role. *Pediatrics* 2003; 112(3): 690-697.
22. Leyden G. Consumer Bill Of Rights: Family-Centered Care. *Pediatric Nursing Journal* 1998; 24(1): 72-73.
23. Byers J.F, Lowman L.B, Francis J, et al. A Quasi Experimental On Individualized, Developmentally Supportive Family-Centered Care. *JOGN* 2006; 35: 105-115.
24. Melnyk M, Feinstein F. Mediating Functions Of Maternal Anxiety and Participation In Care On Young Children's Posthospital Adjustment. *Research in Nursing & Health* 2001; 24: 18-26.
25. Kamerling S.N, Lawler L.C, Lynch M, Schwartz A.J. Family Centered Care In The Pediatric Post Anesthesia Care Unit: Changing Practice To Promote Parental Visitation. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 2008; 23(1): 5-16.
26. Erdeve Ö, Arsan S, Armangil D, Atasay B, Korkmaz A. The Impact Of Individual Room On Rehospitalization and Health Service Utilization In Preterms After Discharge. *Acta Paediatrica* 2008; 97: 1351-1357.

27. Dunst C.J, Trivette C.M, Hamby D.W. Meta-Analysis Of Family-Centered Help Giving Practices Research. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2007; 13(4): 370–378.
28. Petersen M.F, Cohen, J, Parsons V. Family Centered Care: Do We Practice What We Preach. *JOGNN* 2004; 33(4): 421-427.
29. Paliadelis P, Cruickshank M, Wainohu D, Winskill R, Stevens H. Implementing Family-Centered Care: An Exploration Of The Beliefs and Practices of Pediatric Nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2005; 23(1): 31-36.
30. Espezel H, Canam C. Parent-Nurse Interactions: Care Of Hospitalized Children. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 44(1): 34-41.
31. Boztepe H, Çavuşoğlu H. Bir Üniversite Hastanesindeki Uygulamaların Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2009; 11-24.
32. Kuzlu T.A, Kalıncı N, Topan A.K. Üniversite Hastanesinde Çocuklara Verilen Bakımın Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2011; 6(16): 1-17.
33. Karabudak S.S, Ak B, Başbakkal Z. Girişimler Sırasında Aile Üyeleri Nerede Olmalı. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi* 2010; 45(1): 53-60.
34. Newton MS. Family-Centered Care: Current Realities In Parent Participation. *Pediatric Nursing Journal* 2000; 26(2): 164-168.
35. Dağoğlu T (ed.), Görak S (ed.), Yıldız S. Yüksek Riskli Yenidoğanların Taburculuğa Hazırlanması ve Preterm Bebeklerin İzlemi: Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul- 2008. ss: 789-803.