



T.C.

KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

PEDİATRİ HEMŞİRELERİNİN HÜMANİSTİK
BAKIM BECERİLERİ İLE AİLE MERKEZLİ BAKIM
ARASINDAKİ İLİŞKİ

Enes Saygın MERCİMEK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KIRŞEHİR – EKİM / 2023



T.C.
KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

**PEDİATRİ HEMŞİRELERİNİN HÜMANİSTİK
BAKIM BECERİLERİ İLE AİLE MERKEZLİ BAKIM
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Enes Saygın MERCİMEK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin CEYHAN

KIRŞEHİR – EKİM / 2023

KABUL VE ONAY

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana bilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı 211217003 numaralı öğrencimiz Enes Saygın MERCİMEK tarafından hazırlanan “**Pediatric Hemşirelerinin Hürnanistik Bakım Becerileri İle Aile Merkezli Bakım Arasındaki İlişki**” adlı tez çalışması **09.10.2023** tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından oy birliği ile Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

Dr. Öğr. Üyesi Elif Tuba KOÇ

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi

(Başkan)

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin CEYHAN

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi

(Danışman)

Dr. Öğr. Üyesi Birgül VURAL

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi

(Üye)

ETİK BEYAN VE ARAŞTIRMA FONU DESTEĞİ

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade bilginin kaynağına eksiksiz atıf yaptığımı bildiririm.

Enes Saygın MERCİMEK



ÖNSÖZ

Lisans ve Yüksek lisans hayatımda tanığım tecrübesiyle ilmiyle yoluma ışık tutan, bu süreçte yanımda olan çok değerli danışmanım Dr.Öğr. Üyesi Yasemin CEYHAN'a,
Eğitim hayatımda bana çok değerli katkıları olan ve meslekte bana motivasyon kaynağı olan tüm saygıdeğer akademisyen hocalarıma,
Yüksek lisans tezimin istatistiksel analizinde yardımcı olan ve görüş bildiren değerli istatistik hocalarıma,
Beni emeğiyle bugünlere yetiştiren ve bugünlere gelmemi sağlayan anneme ve aileme,
Bu zorlu süreçte manevi desteklerini esirgemeyen ve varlıklarını her daim hissettiren kuzenlerime, dostlarıma ve arkadaşlarıma,
Çalışmamda anket çalışmasına katılmayı kabul eden/etmeyen tüm hemşire arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Ekim 2023

Enes Saygın MERCİMEK

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iv
ŞEKİL LİSTESİ	vii
TABLO LİSTESİ	viii
SİMGE VE KISALTIMA LİSTESİ	ix
ÖZET	ix
ABSTRACT	xi
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Soruları	4
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1. Hemşirelik ve Felsefe	5
2.2. Hümanizm Felsefesi	10
2.2.1. Hemşire Kuramcılar Tarafından Hümanizm	12
2.2.2. Hemşirelik Bakımında Hümanizm	13
2.3.Aile Merkezli Bakım	14
2.3.1. Aile Merkezli Bakım Tarihçesi	16
2.4. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakımın Önemi	18
2.5. Pediatri Hemşireliğinde Hümanizm ile Aile Merkezli Bakımın Önemi	20
3. GEREÇ ve YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın türü.....	22
3.2. Araştırmanın yapıldığı yer ve özellikleri	22
3.3. Araştırmanın evren ve örnekleme	22
3.3.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri	23
3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	23

3.4. Veri Toplama Süreci.....	23
3.5. Veri Toplama Araçları.....	24
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	24
3.5.2. Hemşirelik Uygulamalarında Hümanist Davranma Becerisi Ölçeği.....	24
3.5.3. Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği.....	24
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	25
3.6.1. Bağımlı Değişkenler	25
3.6.2. Bağımsız Değişkenler	25
3.7. Veri Analiz Yöntemi	26
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu.....	26
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	54
KAYNAKLAR.....	56
EKLER	66

SEKİL LİSTESİ

- Şekil 4.1:** Hemşirelik Uygulamalarında Hümanist Davranma Becerisi Ölçeği Standartlaştırılmış Yol Katsayıları. 38
- Şekil 4.2:** Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğine Ait Standartlaştırılmış Yol Katsayıları . 43
- Şekil 4.3:** Bağımsız değişkenler ile ölçekler arasındaki standartlaştırılmış yol katsayıları. 46



TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1: Katılımcıların demografik özelliklerine ait tanımlayıcı istatistikler.	28
Tablo 4.2: Ölçek puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler.	29
Tablo 4.3: Hemşirelik Uygulamalarında Hümanist Davranma Becerisi Ölçeği'ne ait güvenilirlik sonuçları.	30
Tablo 4.4: Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğine ait güvenilirlik sonuçları.	32
Tablo 4.5: Ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayılarının incelenmesi.	35
Tablo 4.6: Hemşirelik Uygulamalarında Hümanist Davranma Becerisi Ölçeği 'ne ait doğrulayıcı faktör analizi sonuçları.	37
Tablo 4.7: Aile Merkezli Bakım Tutum ölçeğine ait doğrulayıcı faktör analizi sonuçları.	40
Tablo 4.8: Bağımsız değişkenler ile HUHDBÖ ve AMBTÖ'ne ait yol analizi sonuçları.	45

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AGFI: Adjusted Goodness-of-Fit Index

AMB: Aile Merkezli Bakım

AMBTÖ: Aile Merkezli Bakım Tutumu Ölçeği

AMOS: Analysis of Moment Structures

CFI: Comparative Fit Index

CI: Confidence İnterval

CMIN(χ^2)/DF: Chi-Square/Degrees of Freedom

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

GFI: Goodness-of-Fit Index

HUHDBÖ: Hemşirelik Uygulamalarında Hümanist Davranma Becerisi Ölçeği

IBM: International Business Machines

IFI: Incremental Fit Index

Maks: Maksimum

Min: Minimum

ML: Maximum likelihood

NFI: Normed Fit Index

OECD: Organisation for Economic Co-Operation and Development

RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

TDK: Türk Dil Kurumu

TLI: Tucker-Lewis Index

WHO: World Health Organization

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PEDİATRİ HEMŞİRELERİNİN HÜMANİSTİK BAKIM BECERİLERİ İLE AİLE MERKEZLİ BAKIM ARASINDAKİ İLİŞKİ

Enes Saygın MERCİMEK

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Yasemin CEYHAN

Pediatric hemşirelerinin bakım uygulamalarında insancıl duyguları kullanılması ve ailelerin çocuğun bakımına katılması son derece önemlidir. Tanımlayıcı türde yapılan bu çalışmada, hemşirelerin hümanistik bakım uygulama becerileri ile aile merkezli bakıma ilişkin tutumları arasındaki ilişki incelenmiştir. Veriler, Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan hemşirelerden 20.09.2022- 31.12.2022 tarihlerinde, Kişisel Bilgi Formu, Hemşirelik Uygulamalarında Hümanist Davranma Becerisi Ölçeği (HUHDBÖ) ve Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği (AMBTÖ) kullanılarak toplanmıştır (n=270). Verilerin normalliğine çoklu normallik varsayımı ile karar verilmiştir. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler, güvenilirlik analizleri, Pearson korelasyon katsayısı, doğrulayıcı faktör analizi ve yapısal eşitlik modellemesi kullanılmıştır. Hemşirelerin hümanistik bakım ölçeği puan ortalaması 119,9±13,72, aile merkezli bakım tutum puan ortalaması 4,3±0,43 elde edilmiştir. Ölçekler arasındaki korelasyon katsayıları anlamlıdır (p<0,001). Yapısal eşitlik modellemesine göre, kadınlar erkeklerden 15 kat daha fazla hümanistik davranma becerisine sahiptir ($\beta^1=0,145$). Günde bakım verilen hasta sayısı arttıkça, hümanistik beceri 15 kat azalmaktadır ($\beta^1=-0,147$). Hemşirelerin hümanistik bakım becerisindeki bir birimlik artış, aile merkezli bakım tutumunu 59 kat artırmıştır ($\beta^1=0,585$). Bu değişkenler aile merkezli bakım tutumunu %44 oranında açıklamaktadır (Adj. $R^2=0,439$). Elde edilen bulgular, kadınların daha fazla hümanist becerilere sahip olduğunu ve bakım verilen hasta sayısının fazla olması hümanistik bakımı olumsuz etkilediğini göstermiştir. Ayrıca hümanistik bakım becerisi arttıkça aile merkezli bakım tutumu da önemli ölçüde artmaktadır. Hemşirelerin hümanistik ve aile merkezli bakım becerilerinin artırılması için desteklenmeleri ve hemşire başına düşen hasta sayılarının azaltılması önerilmektedir.

Ekim 2023, 97 Sayfa.

Anahtar Kelimeler: Aile Merkezli Hemşirelik, Hümanizm, Pediatri

ABSTRACT

M.Sc. THESIS

THE RELATIONSHIP BETWEEN PEDIATRIC NURSES' HUMANISTIC CARE SKILLS AND FAMILY-CENTERED CARE

Enes Saygın MERCİMEK

Kırşehir Ahi Evran University Institute of Health Sciences

Department of Nursing, Child Health and Diseases Nursing Master Program with

Thesis

Supervisor: Assistant Professor Yasemin CEYHAN

In the care practices of pediatric nurses, it is extremely important that pediatric nurses use humane emotions and that families participate in the care of the child. In this study conducted descriptively, the relationship between the humanistic care practice skills of nurses and their attitudes towards family-centered care was examined. The data were collected from nurses working at Aksaray Training and Research Hospital between 20.09.2022 and 31.12.2022 by using the Personal Information Form, Humanistic Behavior Skill Scale and Family-Centered Care Attitude Scale in Nursing Practices (n=270). The normality of the data was determined with the assumption of multiple normality. Descriptive statistics, reliability analyses, Pearson correlation coefficient, confirmatory factor analysis and structural equality modelling were used in the analyses. The average score of nurses' humanistic care scale was obtained as $119,9 \pm 13,72$, the average score of family-centered care attitude was obtained as $4,3 \pm 0,43$. Correlation coefficients between scales are meaningful ($p < 0,001$). According to structural equality modelling, women have 15 times more humanistic behavior skills than men ($\beta^1 = 0,145$). As the number of patients cared for per day increases, humanistic skill decreases by 15 times ($\beta^1 = -0,147$). A one-unit increase in nurses' humanistic care skills increased family-centered care attitudes by 59 times ($\beta^1 = 0,585$). These variables explain the family-centered care attitudes in the proportion of 44% (Adj. $R^2 = 0,439$). The findings showed that women have more humanistic skills and the higher number of patients cared for negatively affects humanistic care. In addition, as humanistic care skill increases, family-centered care attitude also increases significantly. Supporting nurses to increase their humanistic and family-centered care skills and it is recommended to reduce the number of patients per nurse.

October 2023, 97 pages.

Keywords: Family-Centered Nursing, Humanism, Pediatric.

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Geçmişten günümüze çeşitli düzeylerde eğitim seviyelerine ve çalışma ortamlarına sahip olan hemşirelik, artık günümüzde özelleşmiş alanlarda sağlık bakım uygulamalarının uzmanlık alanlarına göre sürdürüldüğü önemli bir meslektir. İnsanların sağlığını koruma, iyileştirme ve rehabilitasyonunda sorumluluk üstlenen ve temel amacı hastaya bakım verme olan hemşirelik mesleği; ilaç uygulama, eğitim, terapötik iletişim kurma gibi yönüyle de çok boyutlu hizmet sunar (1). Sunulan hizmetin en önemli noktalarının başında özelleşmiş alanlara göre elde edilen uzmanlıklar gelmektedir. Bu kapsamda hemşireler; yoğun bakım, hemodiyaliz, ameliyathane, acil, pediatri gibi alanlarda branşlaşmaktadır.

Özel bilgi, beceri ve bakım uygulamaları gerektiren pediatri hemşireliği, çocuğun tedavisi ve sağlığının sürdürülmesinde bütüncül bakım felsefesine dayanarak etkili hemşirelik hizmetlerinin sunulmasını amaçlar (2). Bakım kavramı hemşirelik mesleğinin bütünü oluştururken vazgeçilmez bir parçasıdır. Bakım terimi Türk Dil Kurumu Sözlüğü 'ne göre; *“bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek”* olarak tanımlanmaktadır (3). Bu tanım, bireye daha iyi bir durumda olabilmesi için emek harcaması olarak yorumlanır. Genel anlamda hemşirelik bakımı, *“hastanın fiziksel, ruhsal, entelektüel, sosyal yönünü göz önünde bulundurarak, hastanın kendi gereksinimlerini karşılamada yetersiz hissetmesi durumunda hastaya fiziksel ve ruhen yardım vermeyi amaçlayan eylem”* olarak özetlenebilir (1). Hemşire teorisyenleri de hemşirelikte bakım kavramına farklı yorumlamalar geliştirdiler de (4) ortak noktaları; hastanın fiziksel, ruhsal, kültürel, biyolojik, psikososyal boyutunun dikkatle ele alınarak gerçekleştirilecek çok boyutlu bütüncül ve insancıl bakım anlayışının sağlanmasını vurgulamıştır (5). Felsefi açıdan ele alındığında ise, insan sadece fiziksel yönüyle değil duygu ve düşünce yönüyle de bütünleşen bir varlık olarak kabul edilir (5, 6). Varoluşçu yönüyle insancıl bakıma dikkat çeken hemşireliği anlayabilmek için hemşireliğin felsefesini ve hümanizm felsefesini iyi anlamak gerekir.

Hümanizm, Türkçe karşılığı *insan merkezilik* (7) olan ve insanı her şeyden üstün kılan bir yaklaşımdır. Hümanizm teriminin kaynağı Latin Döneminde filozof Cicero ve

Varro'nun insanın eğitimi anlamında kullandıkları humanistas'dır. İtalyan edebiyatına ait terim olan hümanizm "umanistia" kelimesinden türemiştir (8). Hümanizm Orta çağa ışık tutan ve insanları aydınlığa ulaştırmayı hedefleyen felsefi akımdır (8, 9). Rönesans döneminin başlamasıyla hümanizm, insanların kendilerini geliştirmesi için gerekli bir felsefe haline gelmiştir. Hümanizm felsefesi her insanın ayrı bir birey olduğunu savunur. Bu felsefede insan sevgi besleyen, dostluk kuran, duygu ve düşüncelerini paylaşan kutsal bir canlıdır (8, 9).

İnsanı tarih boyunca açık sistem olarak gören ve insana bakım veren hemşireler hümanizm felsefesi ile iç içe bir anlayış benimsemiştir. Çünkü hemşireler insanın sağlığını korumak, iyileştirmek ve rehabilite etmek amacıyla sürdürdükleri bakım eylemlerinde, insancıl duygularını kullanır. Bu çerçevedeki bakım anlayışına göre, hastalık merkezli bakım anlayışı yerine, hasta merkezli bakım yaklaşımı benimsenir (10). Bu yüzden hasta odaklı yaklaşım, insanı anlama ve yorumlayabilme becerisini de beraberinde getirir. İnsan paradigması ile en önemli profesyonel meslek olan hemşirelik, felsefi yaklaşımlar ile kuramları açıklamaya çalışır. Kaariainen ve arkadaşları, hemşirelik biliminin gelişimi için kuramların test edilmesi gerektiğini ifade etmiştir (11). Çünkü kuramda kullanılan kavramlar, hasta bakımında yararlı, geçerli ve önemli bilgiler verir. Bu nedenle hemşirelik mesleğinin odak noktasının insan olması, insan merkezilik anlayışını benimseyen hümanizm felsefesinden ayrı düşünülemez(4, 10, 11).

Hümanizm felsefesini insan odaklı bakım veren hemşirelik mesleğine temellendirme çalışmaları, 20. Yüzyılda Paterson ve Zderad tarafından 1976 yılında Hümanistik Hemşirelik Kuramının geliştirilmesiyle önem kazanmıştır (12). Kuram, hemşire ile hasta arasındaki iletişime odaklanmaktadır. Bu iletişimde hastanın çağrısına karşı hemşirenin verdiği yanıt ve bu esnada kurulan bağın öneminden bahsedilir. Arada iletişimin başladığı bu nokta, aslında hemşirelik sürecinin başladığı andır. Paterson ve Zderad kuramının temelini, hemşirenin hastaya holistik yani bütüncül bakımla uğraş vermesi olarak açıklar. Hemşire ve hasta aynı anda aynı duyguları paylaşarak mevcut potansiyelini geliştirmeye çalışır. Bu nedenle hemşireler birer hümanist olarak kabul edilmelidir.

Hümanist hemşire, hastanın yaşına ve mevcut hastalık türüne göre bakım standardı oluşturmalıdır (13). Çünkü insan her yaşta aynı duygu ve düşüncelere sahip değildir. İnsan olmak ve insanca yaşamak saf duygular taşır. Bunun en güzel dönemi ise çocukluk dönemidir. Bu dönemde çocukların aileleri ile vakit geçirmeleri çocuğun daha güvenli ve

stressiz hissetmesini sağlar. Literatürde bu uygulama, Aile Merkezli Bakım (AMB) olarak belirtilir (14-16). Çocuk ve ailenin fiziksel, sosyal, kültürel, duygusal, spiritüel ve entelektüel yönden holistik yaklaşımı esas alan AMB kanıta dayalı uygulamaları kullanan, sağlığı koruyucu ve geliştirici bir felsefedir (16). Çocuğun yabancı anksiyetesi yaşamasını önlerken, tedaviye uyumunu kolaylaştırır. Çocuğun yaşamında ailenin önemli bir yeri olduğunu kabul eder (16). Çocuk ve ailesinin hastane ortamına beraber uyum sağlamasına yardımcı olur (15, 16). Bu sayede çocuklarda bakım kalitesinin artmasına olanak sağlar (17).

Pediatric hemşireliğinde önemli bir kavram olan AMB ile hümanistik bakımın birbirinden bağımsız düşünülmemesi gerekir. Bu iki kavramın bağlantısı Rönesans dönemine kadar uzanmaktadır. Kiliseye bağlı fakir ve kimsesiz çocuklara, gönüllü hemşirelerin yardım etmesi hümanistik bakım uygulamalarının başladığının en temel göstergesidir (18, 19). Hümanizmin yayılmaya devam etmesiyle çocuğa verilen değer de giderek artmıştır (18). Kimsesiz çocuklar için bakımevleri yapılması, çocuk sağlığı için kitapların basılması bunun örnekleri arasındadır (18). Ocakçı'nın aktardığına göre; 1960'lı yıllara gelindiğinde Florence Blake, çocuğun hastanede ailesinden ayrı kalmasının olumsuz sonuçlar doğuracağını belirterek AMB önemini bir kez daha vurgulamıştır (19). Böylece hümanistik bakım kavramı içerisinde ailenin ayrı düşünülemediği de anlaşılmıştır.

Literatür incelendiğinde hümanistik bakım ve AMB konusunda yapılan çeşitli çalışmalara rastlanmaktadır. Hemşirelerle yapılan çalışmalarda duygusal zekâ (20) ve öz yeterliliği yüksek olanlarda (21) hümanistik bakım becerisinin daha fazla olduğu belirtilmiştir. He ve arkadaşları (22) yaptığı çalışmada verilen eğitim sayesinde çocuk servisindeki hemşirelerin, hümanistik bakım hakkında bilgi düzeylerinin arttığını ve bakım becerilerinin geliştiğini belirtmiştir. AMB ile ilgili çalışmalarda özellikle annelerin çocuklarının sağlık durumuna ilişkin bilgi sahibi olmaları ve tedaviye katılmaları sayesinde çocuklarda kaygının azaldığı ve iyileşme sürecine fayda sağladığı bildirilmiştir (16,23). Dunts ve ark. (17) çalışmasında ise AMB ile ailedeki öz yeterlilik duygusunun arttığı bulunmuştur. Erdev ve ark. (24) yaptığı bir başka çalışmada ise çocukların bakımına katılan annelerin, katılmayan annelere göre bebeklerinin hastaneye tekrar yatma oranının 2 kat daha azaldığını belirtmiştir. Hümanistik yaklaşım ve AMB'nin bir arada incelendiği bir çalışmada ise AMB sayesinde empati, birliktelik, saygı ve hizmet dahil olmak üzere insancıl sonuçlar elde edildiğini belirtmiştir (25). Ancak hemşirelerin hangi özelliklerinin bu kavramları yordayabildiği ve bu iki kavramın birbiri ile hangi düzeyde ilişki sağladığını açıkça gösteren araştırmaya rastlanmamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmada hemşirelerin hümanistik becerileri ile aile merkezli bakım tutumu arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

- Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri nelerdir?
- Hemşirelerin hümanistik bakım uygulamalarındaki beceri düzeyleri nasıldır?
- Hemşirelerin aile merkezli bakım tutumları hangi düzeydedir?
- Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri hümanistik bakım becerilerine etki etmekte midir?
- Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri aile merkezli bakım tutumlarına etki etmekte midir?
- Hemşirelerin hümanistik bakım becerileri ve aile merkezli bakım tutumlarının birbiri ile ilişkisi nasıldır?

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Hemşirelik ve Felsefe

Hemşirelik; geçmişte yardıma muhtaç kişilere yardım etmek ve hastalara gönüllü olarak bakım vermektan oluşan insani bir emektir. Günümüzde ise paradigma ve kuramlar ile bütünleşen profesyonel bir meslek haline gelmiştir (26). Hemşire sözcüğü dilimize Farsçadan geçen 'sütkardeş, kız kardeş' anlamına gelmektedir (27). Özellikle savaşlarda yaralanan askerlere ve halka, rahibelerin ya da gönüllü yardımsever kadınların bakım verdiği bir kadın mesleği olarak toplumda yer edinmiştir. Yıllar boyunca da kadınlar tarafından uygulanan bir yardımseverlik hizmeti olarak benimsenmiştir.

Modern hemşireliğin kurucusu olarak bilinen Florence Nightingale, hemşireliğe farklı bir bakış açısı getirmiş ve sadece kadınların sunduğu bir yardım hareketinden çok daha fazlası olması gerektiğini düşünmüştür. Yapılan işin aslında ne kadar değerli ve önemli olduğunu ifade etmeye çalışmıştır. Bunun için hastayı çevresi ile birlikte incelemiş ve hastanın iyileşmesinde çevresel faktörlerin oldukça önemli olduğunu vurgulamıştır. Soylu bir aileden gelmesinin yanı sıra yaptığı araştırma ve çalışmalarla oldukça büyük ses getirmiş ve hemşirelikte Çevre Teorisini geliştirmiştir (28). Nightingale Çevre Teorisinde hemşireliğin rolünü hastalara bakım verme sürecinde hastanın çevresini bu sürece dâhil etmek olarak belirtmiştir. Nightingale'in teorisinde hastaya sadece fiziksel bir değerlendirmeye bakım sağlanamayacağına, aynı zamanda insan sağlığına çevresel ve genetik faktörlerin de etki ettiğine dikkat çekilmiştir (28). Bu doğrultuda havanın temiz olması, yeterli su tüketimi, sağlıklı beslenme, güneş ışığından yararlanma, yaşanan coğrafya, sosyal çevre gibi faktörlerin hastanın sağlığında etkili olacağını belirtmiştir.

Hemşirelik hizmetinin sunulduğu ortamın önemi, Kırım Savaşı'nda daha dikkat çekici bir şekilde görülmüştür. Nightingale, savaşta yaralanan askerlerin tedavi ve bakımlarını yaparken çevre koşulları kötü olan hastalarda iyileşmenin zorlaştığını ve ek hastalıkların ortaya çıktığını izlemiştir. Nightingale bu gözlemleri sonucunda hastaların kaldığı hastane ortamını, hastanede kullanılan cerrahi aletleri, yatak çarşaflarını temiz tutmaya çalışarak çevre sorunlarını gidermek istemiştir. Bunun için en önemli adım olarak Londra'da St. Thomas Hospital' da kendi hemşirelik okulunu açmıştır. Böylece tarihte

hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesindeki ilk adımların atılmasına öncülük etmiştir. Sadece yardımsever kadınların uygunsuz ortamlarda uyguladığı bir uğraş olmaktan kurtulan hemşirelik, kadın ve erkeklerin birlikte çalışabildiği önemli bir sağlık hizmeti alanı olan meslek haline gelmeye başlamıştır (29). Bu önemli gelişmelerden sonra hemşirelik artık yüzyıllar boyunca gelişecek ve güçlenecek bir profesyonel meslek olarak gelişimini sürdürmüştür.

Günümüzde hemşireliğe farklı tanımlar getirilmektedir. Modern dönemde hemşirelik her yaştan her gruba bakım veren; birey, aile ve toplumun sağlığını bütüncül bir yaklaşımla yücelten, vazgeçilmez bir hizmet olarak tarif edilir (29-31). Hemşireler Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün sağlık tanımına bağlı kalarak bireyi sadece fiziksel değil, ruhsal, psikolojik, spiritüel, sosyokültürel ve eğitim düzeyi gibi birçok konuda ele alır (4, 30, 31) Ayrıca bireylerin mevcut sağlığı sürdürme potansiyelini devam ettirmesini sağlayan, toplumsal halk sağlığı ile ilgilenen ve ilgilendiği yaş grubuna göre alt dallara ayrılan profesyonel bir meslektir. Hemşirelik mesleği çağın özelliklerine bağlı olarak teknoloji ve tıbbın gelişimiyle beraber modernleşmesine rağmen, temelinde insana odaklı bakım olarak devam etmektedir (29).

İnsan odaklı bakım sağlayan hemşireliğin özü, birtakım değerler dizisinden oluşur. Bu değerler dizisi literatürde 'paradigma' olarak ifade edilir (26). Hemşirelik uygulamaları ve geliştirilen tanımlar hep değişmiş ancak kuram ve teorileri destekleyen hemşirelik paradigmalarının değişmediği görülmüştür (26). Literatürde her mesleğin profesyonelleşebilmesi için kendine özgü kuram ve teorilerle desteklenmiş paradigmalara sahip olması gerektiği belirtilmiştir. Çünkü paradigmlar bir mesleğin bilimsel yönünü, felsefi boyutunu, eğitim yönünü, etik ve ahlaki yönüne olan gereksinimden bahseder. Hemşirelik mesleğindeki paradigmlar insan sağlığı, hümanizm felsefesi, iletişim ve kanıta dayalı uygulamalar olarak belirtilmiştir (26). Hemşirelikteki paradigmlar; hemşireliğin ilk zamanlarda üstlendiği fedakârlığı, sahip olduğu dönemin felsefi akımlarından etkilenecek toplumda önemli bir konuma gelmesinde katkısı sağlayan bileşenlerdir (32, 33). Paradigmaları oluşturan temel kavramlar sayesinde hemşireliğin hizmet alanı ve hizmetin kendisi açıklanmıştır.

Pozitivizmin bilimsel paradigmasından gelişen hemşirelik 4 temel kavramdan oluşur. Bu kavramlar insan, çevre, sağlık/hastalık ve hemşireliktir (34). Hemşire bir insan olarak insanı anlama çabasına girer. Hemşireler hastalık türünü, derecesini, sağlık durumunu ve

olası sağlık problemlerini bakım verdiği hastada okuyabilmelidir. Bunu gerçekleştirebilmenin yolu doğru iletişim kanallarının kurulmasından geçer (35). Hasta ile hemşire arasında başlayan iletişim, karşılıklı güven duygusunun gelişmesini sağlar.

Hemşirelik mesleğinin amacı insana hizmet olduğundan, diğer kavramlar insandan yola çıkararak ele alınır. İnsanın yaşadığı ortamda değişen ekonomik, sosyal, kültürel, iklimsel ve teknolojik gelişmeler hemşirelik mesleğini de etkiler. Bu yönüyle de insan ve evre hemşireliğin en önemli kavramları haline gelmiştir. Bu iki kavramın etkileşimi sonucu ortaya çıkan hastalık ve sağlık ilişkisi farkı tanımlarla ele alınmış ve günümüze kadar çok kez değişmiştir (36). Bunun nedeni gerçekliklerin değişim ve gelişime açık olmasıdır. Bu kavramların hemşirelik mesleğiyle ortak yönü hemşireliğin de değişim ve gelişime açık aynı zamanda dinamik bir bilim dalı olmasıdır. Sağlığın tanımı sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı olarak ele alınırken (37), günümüze kadar gelişen ve değişen koşullarla beraber DSÖ tarafından bu tanım; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; bedence, ruha ve sosyal yönden tam iyilik hali olarak daha kapsamlı bir şekilde tanımlamıştır (38). Hemşireliğin sağlık/hastalık kavramı ve yapılan tanımlamalar sonucunda, insanın çok boyutlu olarak ele alınması gerektiğini ortaya çıkmıştır. Bu süreç beraberinde hemşirelikte bütüncül bakım anlayışını da geliştirmeye başlamıştır.

Bütüncül bakım felsefesi, bireyin sadece hastalıktan mevcut olmadığını zihinsel, ruhsal, sosyo/kültürel özellikleri ve bireyin duygularının birbiriyle bağlı olduğu bir süreç olarak tanımlanır (28). Bu sürece hemşire teorik bilgisini, tecrübesini, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını katarak, hastanın sadece fiziksel ihtiyaçlarının değil, tüm yönleriyle ihtiyaçlarının karşılanmasına destek olur. Bu uygulamalar hemşirelik paradigmalarının en vazgeçilmezlerinden olan ‘Holistik Bakım’ anlayışını geliştirir (39).

Holistik bakım, uygulayıcı hemşirenin hastanın dünyası ile bağlantı kurmasına böylece kendi öz dünyasına da ulaşmasına katkı sağlar (28). Bu karşılıklı bağlantı hemşirelerin hastalara karşı daha derinden bir duygu beslemesine, anlayışlı ve daha sakin olmasına destek olur. Holistik bakım hemşirelik süreciyle paralel gerçekleşir. Hemşirelik sürecine, hastaların geliştirilen model ve kuramlar ışığında veri toplanması ile başlanır. Verilerin toplanması için hemşire gözlem yapar ve hasta ile iletişime geçer (36, 40). Elde edilen verilerden yola çıkararak tanılama aşamasına geçilir, böylece bakım ile ilgili gereksinimler belirlenir. Daha sonra her bir ihtiyaç doğrultusunda uygun planlamalar yapılarak girişimler başlatılır. İnvazif (ilaç) veya non-invazif (terapi, masaj, sıcak/soğuk uygulama vb.) girişimlerden hangisinin

kullanacağına karar verilir. Uygulama süreci hemşirenin hazırladığı bakım planını eyleme dökmesidir. Son aşamada toplanan veriler ışığında planlanan bakım hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığı kontrol edilir. Eğer bakım hedefine ulaşılamaz ve hastanın kötüleşmesi, komplikasyon gelişmesi gibi istenmeyen durumlar meydana gelirse, önceki aşamaya ya da sürecin en başına geri dönülebilir. Böylece hemşire bakımda eksiklikler varsa tespit edebilir. Bu aşamalarda gerçekleştirilen bakım, doğru bir sistematığe kavuşmuş olur. Aynı zamanda hemşire bu süreçte otonomi becerisini ve eleştirel düşünme kabiliyetini geliştirir (40,41). Ayrıca holistik bakımla hemşirelik sürecini beraber yöneterek model ve kuramları uygulamada kullanabilme becerisi artar. Sonuç olarak hastayı farklı boyutlarla ele alarak hastanın memnun kaldığı ve hastanın bu süreçte anlaşılabilirliği bir yaklaşım gerçekleştirilmiş olur (36, 40, 41).

Sistematik olarak sürdürülen hemşirelik sürecinin kanıta dayalı olarak uygulanması, bakımın güvenilirliğini artırırken, hasta-hemşire arasında terapötik iletişim kurulmasını da sağlar (42, 43). Bu iyileştirici iletişim sayesinde hemşirelik sürecinin, model ve kuramlarla daha fazla geliştirileceği belirtilmiştir (41). Hemşireler için önemli bir deneyim olan ve eleştirel yaklaşma becerisi kazandıran kuramların, hemşireliğin önemli felsefesi olan hümanistik yaklaşımla geliştirilebileceği belirtilmiştir. Kaariainen ve arkadaşları da hemşirelik biliminin gelişimi için kuramların test edilmesi gerektiğini ifade etmiştir (11). Hemşirelik teorileri ve kuramlar hemşirelik bakımında hemşirelere rehberlik yapacak, yol gösterecek, kullanacağı rolü açıklayacak felsefi bilgilerden oluşur. Kuram ve teoriler; hemşirelik sürecinde, gözlem, uygulama ve tanılama esnasında geliştirilen metodolojilerden oluşur (4, 32, 42). Aslında hemşireler günlük bakımlarda farkında olmadan felsefi temele dayalı kuramlardan destek alarak bakım verirler. Kuramların ortak noktaları felsefi bakış açısıyla şekillenmesi, insanı merkeze alması ve hemşirelere yol göstermesidir (40, 41, 44). Bu özelliği ile kuramlar, hemşirenin hastayla duygusal bağ oluşturmada bir köprü kurarak farklı hastalıklarda uygun bakış açısı geliştirilmesine katkı sağlar.

Kuramlar kendi içinde farklı kavramlar taşıyan ve bu farklılıklardan yola çıkılarak yeni kuramlar geliştirilmesine yol açan felsefi yaklaşımlardır. Bu nedenle farklı kuramlarda belirtilen kavramlar, genel olarak birbiriyle ilişkilidir. Holistik kuramların da hümanistik felsefeden etkilendiği ve insana odaklı bakımda kuramların önemli bilgiler verdiği belirtilmiştir. Bununla birlikte hemşirelik felsefesini tek kuramla açıklamanın yetersiz olduğu da bir gerçektir (45, 46).

Hemşirelikte geliştirilen kuramlar beş aşamada oluşmuştur (47). İlk aşama olarak sessiz bilgi dönemi ifade edilir. Bu aşama hemşirelerin sadece hekim sözüne göre hareket ettikleri dönemdir. Hemşireler bu dönemde kuram geliştirme girişiminde bulunmasına rağmen tıbbi modeller önemsenmiş, hemşirelik alanında gelişme olmamıştır. İkinci aşama kabul edilmiş bilgi olarak tanımlanmıştır. Bu aşamada hemşireler farklı bilim alanlarından bilgiler kullanmıştır. Örneğin psikoloji, sosyoloji gibi bilim dallarının araştırmalarına dayanarak bilgi üretilmiştir. Kendi alanlarına yönelik spesifik bilgi ve model geliştirilememiştir. Hatta farklı alanlarda doktora yapmaya teşvik edilmişlerdir. Üçüncü aşama öznel bilgi aşamasıdır. Bu aşamada hemşirelikte diğer bilim disiplinlerinden alınan kuramlar etkili olmamıştır. Hemşirelikte meslek benliği oluşmaya başlamıştır. Hemşireler teori ve modeller üretmeye başlayarak hemşireliğin meslek olmasına katkı sağlamıştır. Dördüncü aşama kuramların artış eğilimi gösterdiği evredir. Araştırmalarda istatistiksel yöntemler kullanılarak birbiriyle ilişkili bilgiler ortaya çıkarılmıştır. Bu bilgiler kişisel deneyim sonucu elde edilen öznel bilgilerin üzerine inşa edilmiştir. Bu dönemde kuramcılar hipotezleri test etmeye ve nitel çalışmalar üzerine yoğunlaşmıştır. Beşinci ve son aşama yapılandırılmış bilgi olarak tanımlanmıştır. Bu aşamada bilginin farklı türleri (sezgi yoluyla bilgi edinme, mantık yoluyla bilgi edinme, deneme-yanılma yoluyla elde edilen bilgi, vs.) kullanılmıştır. Bu bilgiler hem analitik hem de felsefi açıdan birleştirilmiştir (47). Kuramların gelişmesindeki bu aşamalar, mesleğin uygulanmasında ve kendisini gerçekleştirmesindeki önemli adımların atılmasını sağlamıştır.

Hemşireliğin tarihsel süreçte devamlılığı için kuramların oluşturulması son derece önemlidir. Johnson (1959) her mesleğin kuramsız uzun süre var olamayacağına vurgu yapmıştır (48). Hemşireliğin kuramları da kanıta dayalı uygulamalara rehberlik ederek, hemşirelik mesleğinin gelişimini sağlar (45). Fawcett'e göre (2012) kuramlar hemşirelik uygulamaları için en sağlam kaynakları oluşturur (49). Bu yüzden kuramlar hemşirelerin karar verme, çözüm üretme ve eleştirel düşünme gibi becerilerinde önemli gelişim sağlar ve daha sağlam kuramlar geliştirilebilmesine de öncülük eder (50). Bir kuramı insana uygulama çabası, hastaya en iyi bakımı verecek kriterlerin belirlenerek doğru karar verilmesine olanak sunar (45). Kuramların hemşirelik bakımında uygulanması ile hemşirelik felsefesinin, insan üzerinde gelişim göstermesi sağlanmıştır. İnsan üzerinde temellenen hemşirelik felsefesi insanı anlama çabasına giren hemşirenin, hastanın kültürel özelliklerine, kullandığı dile, geldiği toplum yapısına göre hasta ile etkileşimini şekillendiren ayrıca amaca uygun bakım

veren, hemşirelik rollerini kullanan ve hemşirelik uygulamalarında gerekli olan bilgileri, değerleri, hedefleri kullanma süreci olarak tanımlanabilir (51).

Hemşirelik ile felsefenin ortak noktada ele alınması insan açısından önemli bir konudur. Çünkü iki kavram çağlar boyunca insan için var olmuştur. İnsanın madde yönünden ziyade mâna yönüne vurgu yapmışlardır. Bu iki kavramın zamana ve dönemin şartlarına göre tanımlarının değiştiği bilinmektedir. Bu dinamik değişim yapısı sayesinde, hemşirenin felsefi olarak düşünebilme kabiliyeti gelişmiş, profesyonel disipline bağlı kişiler olarak ortaya çıkmıştır. Hemşirelerin hemşireliğin ne olduğunu anlaması, bu süreçte oynadığı rolleri hasta ile doğru etkileşim amacıyla kullanması hemşirelik felsefesinin doğasını oluşturur. Bilginin peşine düşme, bilgiyi tanıma, anlama, sorgulama, deneme arayışı gibi vazgeçilmez özellikler sayesinde felsefe, hemşirelikte olması gereken önemli bir paradigmadır.

2.2. Hümanizm Felsefesi

Yunanca philia (sevgi) ve sophia (bilgelik) kelimelerinin birleşimi olan philosophia sözcüğü, bilgeliği sevme olarak açıklanmaktadır (52). Cicero'ya göre felsefe mutluluğa giden yol olarak görülmüştür. Mutluluk için birinci yol kendine ve insanlara karşı erdemli olmaktan geçmektedir. İnsanın kendi içindeki benliğinin olgunluğu, doğanın kaynağı, tanrının özü ile uyumlu olması sonucu erdemli olma eylemi gerçekleşmiş olur. Felsefe tarihi incelendiğinde insan dediğimiz öznenin, düşünme eyleminin tarihi olarak anlaşılabilir. Düşünce tarihi olarak ele alınan felsefe, mantık ve kronoloji gibi belli disiplinler ile birlikte değerlendirilmelidir. Bu yönüyle felsefe bilimde kullanılabilen önemli bir alandır (8, 52).

Orta çağ boyunca bilginin kavramsallaştırılarak genel geçer bir teoriye dönüştürülme çabası devam etmiş ardından 15 ve 16. Yüzyıllarda hümanizm ve Rönesans ruhunun ortaya çıkması ile bilime verilen önem artmıştır. 17. Yüzyılda tüm bir ada ve kıta Avrupa'sını belirleyen aydınlanma süreci, geniş coğrafyaya yayılarak bilimin ve bilimsel bilginin önem kazanmasında rol oynamıştır (8, 52). Bilimsel bilgiye verilen değer artmasındaki önemli bir belirleyici de Hristiyanlık inancındaki aydınlanma anlayışında, kurtuluşun yeryüzünde aranmaya başlaması olmuştur. Böylece eleştirel akıl, bilimsel bilginin mantığın gücüyle anlaşılabilir ve değiştirilebilir olmasını öne sürmüştür. İnsanın kurtuluşunun mevcut aklın imkânları ile mümkün olduğuna inanılmıştır. İnsan tüm olayların ve evrenin merkezinde yer almıştır. Böylece Rönesans dönemi insan merkezliliğin aydınlanmayla birlikte zirve

yaşadığı bir dönemdir (52). Hümanizmin bu dönemde ortaya çıkması ile artık çağlar boyu sürecek olan önemli bir felsefenin adımları atılmıştır.

Hümanizm geniş anlamıyla modern insanın yeni hayat anlayışını dile getiren bir felsefi akımdır. İnsanı merkeze alan ve insanın kendi benliğini ortaya koymasını her şeyden daha önemli gören, insan merkezciliktir (53). Yaygınlaşmaya başladığı dönemlerde insan temelli sorunlar üzerine yoğunlaşmıştır. İnsanların birbiriyle kurduğu bağlar en temel araştırma alanı olmuştur (8). Bu akımın ana amacı; dini yargılardan bağımsız bir kültür oluşturmak, insana ve yenedünyaya odaklı felsefe akımı yaratmaktır.

Hümanizmin ilk olarak İtalya’da ortaya çıkması, coğrafi ve tarihi açıdan Roma İmparatorluğunun anayurdu olması ve antik çağın etkisinin fazla görülmesi nedeniyledir. Orta çağın sonlarına doğru şehir devletlerinin bağımsızlık mücadelesi vermeleri; Roma, Floransa ve Venedik’in kendi kimliklerini kazanma yoluna gitmeleri demokrasi savunucularının kendi fikirlerini yaymalarına neden olmuştur. Kilisenin baskıcı tavrına karşı gerçekleştirilen Hümanistik akım sayesinde, sorgulayamayan insanların kendi kişiliğini arama çabası ortaya çıkmıştır (52). Dönemin yazar ve filozofları hümanizmi eserlerine konu etmiştir. Bütün hümanistlerin atası kabul edilen İtalyan bilgin ve şair olan Francesco Petrarca, insanın mutluluğunun iç ve dış etkilerden bağımsız olmasıyla ruhun özgürlüğüne erişebilmesiyle mümkün olduğunu belirtmiştir. Benzer şekilde yazar olan Giovanni Boccaccio, insanoğlunun yaşamını kilise ve törelerden ayrı olarak görmüş ve hümanizm temellerine dayanan bu anlayışı çevresine yaymaya çalışmıştır. Rönesans’ın sonlarında yaşayan ve hümanist kabul edilen Montaigne da eserlerinde Rönesans ruhunu fazlasıyla işlemiştir. Bunu ‘her şeyden önce ben kendimi araştırıyorum; benim fiziğim de metafiziğim de bu’ sözleriyle eserlerinde açıkça ifade etmiştir (52). Hümanist yazar/şair/bilginlerin hepsindeki ortak özellik insanı merkeze alan ve kiliseye karşı koyan insancıl düşünme ve yaşama tarzlarıdır.

Hümanistler insanı iyi bir varlık olarak görmüşlerdir. Ancak bu iyilik kaynağının Hıristiyanlıktan kaynaklı olmadığını, Hıristiyanlık öncesi ahlak felsefesinin ürünü olan Stoa ve Epikurus felsefesinin sonucu olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu yönüyle Hümanizm sadece dinin değil aynı zamanda felsefe ve edebiyata da konu olmuştur. Türk Edebiyatı da hümanizmin etkilerini gösteren eserler vermiştir. Mevlâna ilahi aşkı insanın kendi içinde bulabileceğini ifade ederek, insanın kalbi duygularıyla hareket etmesi gerektiğini eserlerinde belirtmiştir (8). Yunus Emre de insanı yücelterek, kâinatın en değerli varlığı olduğunu

belirtmiştir. Ayrıca “Ete kemiğe büründüm, Yunus diye göründüm” meşhur sözüyle insanın sadece bedenden ibaret olmadığını, ruhsal yönünün de önemli olduğunu vurgulamıştır. Hacı Bektaş Velî insanın kendi özünü bulmasının gerektiğini ve iç dünya âleminin önemli olduğuna dikkat çekmiştir. Bunu “Hararet nardadır sacda değildir. Keramet baştadır tahta değildir. Her ne ararsan kendinde ara Kudüs’te, Mekke’de, Hac’da değildir.” sözleriyle insanın kerameti ilahiyatta değil, kendi aklıyla iç dünyasını aramasında gizli olduğunu belirtmiştir. Halk ozanlarından Âşık Veysel, Âşık Mahzuni Şerif, Neşet Ertaş türkülerinde insan sevgisi, saygı, paylaşma, hoşgörü gibi önemli hümanist duygulara yer vermişlerdir (8, 54).

2.2.1. Hemşire Kuramcılar Tarafından Hümanizm

Hümanistlere göre önemli olan insandaki potansiyeli açığa çıkarmak ve insanın değerini önemseyen bakış açısı geliştirmektir. İlk hümanist anlayışın sağlık üzerindeki etkisi Maslow’un hiyerarşisinde görülmektedir. Maslow’un belirttiği insan ihtiyaçları piramidinde fiziksel ihtiyaçların sağlanması sonrasında piramidin tepesi sevgi, saygınlık, kendini gerçekleştirme gibi insan merkezliliğin temellerinde yer alan kavramlara odaklanmaktadır (55). Hemşirelik kuramlarının da insan üzerine odaklanmasından dolayı, temel yapılar hümanizm üzerine inşa edilmiştir (4, 56). Hemşirelik bakımında kuramlar hümanizm üzerinden temellenirken hemşireliğin ilgi alanı nedir?, insancıl bakım en iyi hangi şekilde verilebilir? soruları sayesinde kuramlar üretilmiştir (57).

Hümanizmin en temel bileşenlerinden olan güçlü ve doğru iletişim, hemşire kuramcılardan Hildegard Peplau tarafından ele alınmıştır. Peplau, hemşirelikte iletişim kuramını geliştirerek hastalık odaklı yaklaşım yerine hasta odaklı yaklaşımın önemli olduğunu vurgulamıştır. Bu kuramda hemşirenin iletişim becerisini kullanması ve geliştirmesi söz konusudur. Hastanın kendini güvende hissetmesi, bakımdan memnuniyeti ve iyileşme süreci terapötik iletişim sayesinde sağlanır. İletişimde hemşire, hastaya insancıl duygu odaklı yaklaşımıyla hümanistik bakım anlayışını sergiler. Bu açıdan Peplau’nun kuramı hemşirelikte hümanistik bakıma vurgu yapılan önemli bir kuramdır (58).

Hemşirelik kuramlarından adaptasyon modeli de hümanistik bakım ile doğrudan ilişki gösterir. Sister Callista Roy, çocukların iyileşme yeteneğinin yetişkinlere göre daha hızlı ve çabuk olmasından yola çıkarak adaptasyon modelini geliştirmiştir. Bu modelde bireylerin iyilik hallerini artıracak savunma mekanizmaları geliştirdiğini ve bunun iç hümanistik dünyasıyla ilişkili olduğunu belirterek hemşirelik bakımını hümanistik bakımla

birleştirmiştir (59). Hemşirelik kuram ve modellerinin insanı merkeze alması, hümanistik anlayışın doğasıyla oldukça benzerdir. Bu nedenle insan odaklı bakım hizmeti sunan hemşireliğin hümanistik kuramdan ayrı düşünülmesi mümkün değildir.

2.2.2. Hemşirelik Bakımında Hümanizm

İnsanlığın var oluşuyla başlayan hemşirelik, 20. Yüzyılda varoluşçu felsefe kuramcıları tarafından ele alınmıştır. Yeşilot ve arkadaşları, Vaillot'un 1966 yılında varlık felsefesini hemşirelik alanında ilk işleyen kişi olduğunu aktarmıştır (60). Vaillot varlık kavramını şu şekilde açıklamıştır: 'Kişilerin bedeni kendisi için özne iken başkasının bedenini nesne olarak görür. Ayrıca kişiler değer verdiği kişilerin bedenini de özne olarak görebilir'. Bu bağlamda hemşireler hasta ile özne-nesne ilişkisi kurmaktadır. Ancak insanı değerli gördüğü takdirde özne-özne ilişkisi kurmaya başlar (60). Bu ilişki hemşirenin hem kendi varlığının hem de hastanın varlığının farkına varmasını sağlar. Daha sonra hemşire hasta için var olmaya başlar. Böylece kendisini mesleğine adayarak bakım veren hemşire sayesinde hasta da kaliteli bakım hizmeti alır. Bu tanımlardan hemşirenin varlığı kavramı, hemşirenin bakımı mesleki mecburiyetten ziyade gönüllü olarak uygulamasına dayanır. Bu etkileşimi sürdürebilmesi için hemşirenin hümanizm ve varoluşçu felsefeye hâkim olması önemlidir. Çünkü varoluşçu felsefe hümanist felsefenin oluşumuna zemin hazırlamıştır (60).

İnsanlığın ve hemşireliğin var oluşu hasta-hemşire ilişkisini her zaman ön planda tutmuştur. Bu ilişkiden etkilenen Paterson ve Zderad 1976 yılında Hümanistik Hemşirelik kuramını geliştirmişlerdir. Kuram hemşire ile hasta arasındaki iletişime odaklanmıştır. Benzer şekilde Peplau da hasta-hemşire ilişkisinde hemşirenin kendi davranışlarını anlamlandırmaya başladığında hastanın da davranışlarını anlamaya başlayacağını ve iletişimin bu şekilde doğru süreçte ilerleyeceğini belirtmiştir (61). Paterson ve Zderad'ın iletişim süreci, karşılıklı çağrı-yanıt bağının kurulmasıyla gerçekleşir. Hastanın durumunu ifade etmesiyle başlayan süreç hemşirenin hastanın korkularını, kuşkusunu, kaygılarını anlaması ve buna yönelik planlama, girişim, değerlendirme sürecini yürütmesi ile son bulur. Hümanistik hemşirelik kuramında iletişim, çağrı-yanıt sistemiyle başlayıp hemşirelik süreciyle devam eden ve hastanın kendini değerli hissetmesiyle sürdürülen bir süreç olarak özetlenebilir. Bu süreçte hemşirenin hastaya olan yaklaşımında dikkat etmesi gereken noktalar; hastanın yaşı, cinsiyeti, sosyo-ekonomik durumu, beden dili, hastalık durumu, psikolojik durumu, yardım alma biçimi, aile yapısı, demografik özellikleri, eğitim düzeyi gibi pek çok bileşenden oluşur. Kuramın en önemli noktalarında birisi de hastaya bu çoklu

boyut içerisinde bakım veren hemşirenin bilgi ve becerisinin çok değerli oluşuna yapılan vurgudur. Hümanistik hemşirelik kuramı bu açıdan oldukça önemlidir (60, 62).

Hümanistik hemşirelik becerilerinin öğrenilebilir ve geliştirilebilir bir kavram olması, hemşireler açısından oldukça avantajlıdır. Uygun eğitim ve beceri geliştirme çalışmaları ile elde edilecek doğru bakım anlayışı hastaların bakım kalitelerinde ciddi artışlara yol açacaktır. Yapılan çalışmaların bu konuda olumlu sonuçlar verdiği bildirilmiştir (22, 63, 64).

2.3.Aile Merkezli Bakım

Bir toplumda çocuğu diğer yaş gruplarından ayıran temel özellik bakıma muhtaç olması ve güven ilişkisi çerçevesinde büyüme/gelişimlerini tamamlamalarıdır. Çocukların yetişkinler kadar fiziksel, psikolojik ve duygusal gereksinimleri vardır. Onların gelişiminde rehberlik ve destek sağlamada ailesi mutlaka yanında yer almalıdır (65). Her zaman çocuğun yanında olan aile ve çocuk için yaşadığı ortamın değişmesi kriz sürecine neden olur. Özellikle hastane gibi hastalık sürecinin de eklendiği yabancı ortamlarda çocuklardaki güven ihtiyacı daha da artmaktadır (66). Çocukların hem ailelerinden uzak kalması hem de yabancılar tarafından bilmedikleri işlemlerin yapılması, onlar için özelleşmiş bir bakım anlayışını zorunlu kılar. Bu bakım ihtiyacı AMB ile giderilmelidir. AMB çocuk ve aileye odaklı hemşirelik bakım ve tedavi sürecine ailenin de dâhil edildiği süreçtir. Bu süreçte aile ve çocuğun düşünceleri, kaygıları giderilir. Hastaya bütüncül bakım anlayışı uygulanarak çocuğun daha rahat ve iyi hissetmesi sağlanır.

Aile merkezli bakımın temel amacında çocuğun gereksinimlerini karşılama konusunda hemşirelerin aile ile ortaklık başlatması yer alır. Ailenin çocuğuna hastane ortamında sağlayacağı destek, hastalığa ve hemşirenin tepkisine bağlı olarak değişmektedir. Bu konuda önemli olan husus çocuğun sağlıklı, kaliteli bakım alabilmesi ve güven ilişkisini kurabilmesidir. Bu yönüyle çocukların bakımında aile ve hemşirelerin, çocuğun sağlığına kavuşmasında ve iyilik halinin sürdürülmesinde hayati rolü olduğunun farkında olmalıdır (67). AMB, genel anlamda çocuğun büyüme ve gelişim sürecinde, bakımında ailenin önemini kabul eden, ailenin seçimlerine, duygu ve düşüncelerine saygı duyan, çocuğun hastalık ve iyileşme sürecinde normal günlük yaşam aktivitelerinin devamlılığını destekleyen ve geliştiren bakım felsefesidir (67, 68). Bu yönüyle AMB felsefesinin pediatri hemşireliğinde ayrı bir önemi vardır.

Pediatric hemşiresinin çocuğu anlayabilmesi için öncelikle ailenin kültürel özelliklerini, geldiği toplum yapısının normlarını ve dilini anlayabilmesi beklenir. Her insanın farklı bir karakteristik özelliğe sahip olduğu gibi çocuk da ailesinden aldığı genetik ve çevresel faktörler eşliğinde kendi dünyasını, karakterini ve davranışlarını şekillendirmeye başlar. Bu yönüyle hemşirenin, çocuğu aile ile bir bütün olarak değerlendirmesinin doğru bir yaklaşım olacağı bildirilmiştir (68). Özellikle sağlığın kaybedildiği durumlarda olumsuz duyguların hissedilmesi ve çocuk ile ailenin bu olumsuz duyguları birlikte yaşaması beklendiği bir durumdur.

Aile ile çocuğun hastane ortamında kaygılanması tedavi ve bakımı etkileyecek önemli bir duygudur. Aile yapılan hemşirelik girişimlerini, hastalığın prognozunu, tetkikleri bilmek ister. Kendilerini yetersiz hissettiklerinde korku ve endişe yaşarlar (66,68). Çocuklar ise hastanede olmanın anlamını ve yapılan uygulamaları bilmemeye bağlı olarak korku, öfke ve çaresizlik gibi negatif duygular hissederler (69). Bu durumun daha uzun sürmesi çocukta psikolojik ve travmatik etkilere sebep olabilir. Hemşire aileyle uygun şekilde iletişim kurarak hem ailenin hem de çocuğun beklenti ve gereksinimlerini AMB felsefesi çerçevesinde karşılamaya çalışır (70). AMB sadece tek bir kişi tarafından değil sağlık bakımı sunan ekip üyeleri tarafından benimsenmesi gereken bir felsefedir.

Aile merkezli bakımın uygun şartlarda gerçekleştirilmesi için sağlık profesyonelleri arasında güçlü bir iş birliği sağlanmalıdır. Bu işbirlikçi bakım felsefesine aşağıdaki ilkeler rehberlik etmektedir (71, 72).

- ✚ Her çocuğu ve ailesini saygı çerçevesinde sabırla dinlemek,
- ✚ Ailenin ırkını, etnik kökenini ayırt etmeksizin kültürel ve sosyoekonomik özelliklerini hasta ve aile deneyimleri ile birlikte ele almak,
- ✚ Ailenin tercihinin göre sağlık hizmetlerini planlamak,
- ✚ Sağlık bakım hizmetlerinin her çocuğun/ailenin ihtiyaçlarına ve kültürel değerlerine göre uygun olabilmesi için gerekli politika ve prosedür uygulamalarında esneklik sağlamak,
- ✚ Bakım sürecinde çocuk ve aile için seçim yapmayı kolaylaştırmak,
- ✚ Hastalık süreci ile ilgili bilgileri, gelişmeleri eksiksiz, dürüst ve tarafsız bir şekilde paylaşmak,
- ✚ Çocuklar ve aileler için sağlık ve hastalığa dair verilen bilgilerin anlayabileceği uygun dille anlatmak,

- ✚ Ailelerin sağlık okuryazarlığını dikkate almak,
- ✚ Çocuğun yaşamının her evresinde çocuğa ve ailesine resmi (psikolog, vs.) ve gayri resmi (akran desteği) destek sağlamak. Bu tür destek için gerekli yasal ve etik düzenlemelerin uygulanmasını kolaylaştırmak,
- ✚ Sağlık hizmetlerinin her düzeyinde çocuk ve ailesiyle iş birliği içinde olmak,
- ✚ Çocuk ve ailenin güvenliği açısından işbirlikçi; kalite artırmada katılımcı olarak ve akran desteğine liderlik etmek,
- ✚ Her ailenin başa çıkma stratejilerini tanımak, değer vermek ve uygun stratejileri bakım planına dâhil etmek,
- ✚ Aileler arası desteği teşvik ederek ekonomik ve sosyal imkânlar sağlamak,
- ✚ Özel veya kronik hastalığı olan çocukların ailelerine sağlık hizmeti sunarken en iyi ve en yüksek düzeyde esneklik erişilebilirlik sağlamak,
- ✚ Çocukların ve ailelerin güçlü yanlarını tanımak ve geliştirmek ve onları kendi güçlü yanlarını keşfetmeleri, güven oluşturmaları ve sağlık hizmetleriyle ilgili seçimler ve kararlar almaya katılmaları için güçlendirmek (71, 72).

Aile merkezli bakımın literatür incelendiğinde 4 temel kavramdan oluştuğu belirtilmiştir (68, 71, 73). İlk kavram onur ve saygıdır. Hemşire çocuk ve ailenin kültürel özelliklerine, geleneksel inançlarına, düşüncelerine saygı duymalıdır. Hasta ve yakınının onurunu kırmamaya dikkat etmelidir. İkinci kavram bilgi paylaşımıdır. Aile çocuğun bakımına ilişkin her şeyi bilmek ister. Hemşire ailenin bu isteğini anlayışla karşılamalıdır. Tedavi ve süreçle ilgili her konudan aileyi haberdar etmelidir. Bilgi paylaşımı ayrıca hastaya karşı sağlık üyelerinin iyi bir ekip olduğunu ve güven mesajını verir. Üçüncü kavram cesarettir. Aile ve çocuğun hastalıkla baş etmede cesaret ve motivasyonunu sağlamada yardımcı olmalıdır. Dördüncü kavram ise iş birliğinin önemine dikkat çekmiştir. Aile ile beraber hareket edilerek ailenin de bu sürece katılımı desteklenmelidir (71, 73). Bazı kaynaklarda bu kavramların pediatrik bakımda benimsenmesi ve sürdürülebilir olması, hemşirelik bakımının da etkili ve güvenilir şekilde uygulanmasına yol açacak önemli bir felsefenin ürünleridir.

2.3.1. Aile Merkezli Bakım Tarihçesi

Aile merkezli bakım sağlık hizmetlerinde 20. yüzyılın ikinci yarısında çocukların psikososyal ve gelişimsel ihtiyaçlarının karşılandığı ve aile içindeki rolünün öneminin arttığı bir dönemde ortaya çıkmıştır. Her çocuğun ve ailenin güçlü ve zayıf yönlerini geliştiren, duygu ve düşüncelerine saygı duyan, sağlık bakım hizmeti sunma ve karar verme rollerinde

aileyi destekleyen bu bakım anlayışının, dünya genelinde aynı zaman diliminde gelişmediği bilinmektedir (74). AMB fikrinin temelini, ikinci dünya savaşının yarattığı toplumsal etki oluşturur. Bu dönemdeki çocukların hastanelere aileleri olmadan kabul edilmesinin, çocuklarda psikolojik travmalar yarattığı belirtilmiştir. Jolley yaptığı çalışmalarda 20. yüzyılın ortalarındaki dönemde Birleşik Krallıkta 1920-1970 yılları arasındaki hastane yatış deneyimi olan çocukların, 2000-2003 yılları arasındaki yaşlılık dönemlerinde dahi çocukluk deneyimindeki hastane travmalarını hatırladıklarını bildirmiştir (75, 76).

Savaşların etkisinde süregelen bir dünya düzeni içerisinde, çocukların daha özel bakım alma ihtiyacını gidermek amacıyla 1802 yılında Paris'te ilk çocuk hastanesi açılmıştır. Sonra Viyana (1837), Londra (1852) gibi şehirlerde çocuk hastaneleri açılmaya devam etmiştir. Bu süreçte hemşireler de çocukların duygu ve düşüncelerini önemseydiğine dair önemli çalışmalar ortaya koymuştur (77). Ancak I. Dünya Savaşı sonrası 1920 ve II. Dünya savaşı sonuna kadar devam eden dönemde enfeksiyon hastalıklarının artış göstermesi çocukların ailelerinden uzak tedavi görmesine neden olmuştur. Ebeveynler enfeksiyon yayma riskine karşı çocukların yanından dışlanmışlardır. Henüz antibiyotiklerin keşfedilmediği dönemde hastane çalışanları enfeksiyondan kaynaklı bulaş önlemek için dışlama yolunu seçmiştir (78). Diğer bir önemli neden ise enfeksiyon sebepli hastanenin kapatılması durumunda ortaya çıkacak itibar kaybı düşüncesidir (79).

İkinci Dünya Savaşından sonra, nispeten katı kurallardan vazgeçilmeye başlanmıştır. Savaş sonrası binlerce çocuk kırsal bölgelere ve yurt dışına tahliye edilmiştir. Savaş hem yetişkinlerde hem de çocuklarda travmatik sorunlara yol açmıştır. Gönüllü psikologlar tahliye bölgelerine giderek çocuklar üzerinde çocuk-ebeveyn ayrılığı ve çocukların hastaneye yatması konularında çalışmalar yapmıştır. Bu çalışmalar sayesinde AMB felsefesinin ortaya çıkmasının hız kazandığı belirtilmektedir. AMB felsefesine öncülük eden teorisyenler John Bowlby ve James Robertson etkili çalışmalara imza atmıştır (80-83). 1950'li yıllarda çocukların ebeveynlerinden ayrılmalarının ve savaş travmasının psikolojik etkilerini belirlemek için bakımları altındaki çocukları incelemiş ve bu incelemeleri daha rahat anlatabilecekleri filmlere çevirmişlerdir. Filmlerin daha fazla ebeveyne daha kolay ulaşabilmesi için Amerika, Avustralya ve Avrupa'daki çocuk hastanelerine ve okullara ulaşmışlardır. Bowlby ve Robertson'ın çalışmaları sonucunda çocukların hastaneye uyum sürecinde ailesinden ayrı kalmasının çocukta acı ve travmaya sebep olduğu açıkça ortaya konmuştur (79). Böylece günümüzdeki AMB mantığının temelleri atılmıştır.

İngiliz Hükümeti 1959'da çocuk hastanelerindeki koşulların soruşturulmasına yönelik Platt Raporu olarak bilinen bir rapor yayımlamıştır. 55 maddeden oluşan Platt raporunda; çocukların ebeveynleri ile hastanede kalması, ebeveyn ziyaretlerinin sınırlandırılmaması, çocuğun bakımından sorumlu olan hemşirenin çocuğun duygu ve düşüncelerini anlayacak ve ihtiyaçlarına cevap verebilecek yeterlilikte olması gerektiği yönünde vurgular yapılmıştır. 1965 yılında ABD'de Çocuk Sağlığı Bakım Derneği kurularak, bu dernekte başlangıçta sadece sağlık uzmanları yer alırken, Johnson ebeveynlerin de kabul edilmesi gerektiğini belirtmiştir. Bir süre sonra dağılan dernek yerini Aile Merkezli Bakım Enstitüsüne bırakmıştır. Johnson'un ebeveynlere yönelik tutumunun enstitünün kuruluşunda etkili olduğu bildirilmiştir (79).

Çocukların bakımında geliştirilen AMB anlayışı zamanla hemşireler üzerinde de etkili olmaya başlamıştır. İlk başta ziyaret saatleri gevşetilmiş, 24 saatlik ebeveynlerin ziyaretine izin verilmiş ve sonucunda ebeveynlerin çocukların bakımına katılmasında önemli olduğu kabul edilmiştir. Bu anlayış önce ABD'de sonra diğer Avrupa ülkelerinde uygulanmaya başlamıştır. Böylece AMB teoriden uygulamaya geçerek pediatriye kabul edilen önemli bir felsefe haline gelmiştir (79).

2.4. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakımın Önemi

Aile ile çocuk arasındaki sevgi ve güvene dayalı destekleyici ilişki, çocuk için en önemli gelişim kaynağıdır. Çocuğun sağlık ve iyilik halinin sağlanması ve sürekliliği için ailenin varlığına ihtiyacı vardır. Çocuğun zihinsel, bedensel, spiritüel ve psikososyal yönden gelişiminde ailenin rolü çok büyüktür (84). Çocuk ve aile için hastaneye başvurma, hastanede kalma ve ayrılma süreci stresli bir dönemdir. Hastanede olma sebebi planlı ya da acil olsun hem çocuk hem de aile için anksiyeteli bir deneyimdir (14, 16). Ayrıca çocuk için hastane bilinmeyen bir mekânda, tanımadığı kişilerle karşılaştığı, acı ve ağrı veren işlemlere maruz kaldığı, yabancı seslerin yoğun olduğu ve korku gibi olumsuz duygular yaşadığı bir ortamdır (85). Bu ortamdan kaynaklı çocuklarda kriz kolaylıkla gelişebilmektedir. Hastanede yatan çocuğun tepkisini çocuğun yaşı, çocuğun içe veya dışa dönük mizacı, hastalık deneyimleri, hastalığın türü kadar, aile veya ebeveynlerin hastalığı algılayışı ve bilgi düzeyi de etkiler. Bu yönüyle çocuk ve ailenin sahip olduğu destek sistemleri stresle başa çıkmada son derece önemlidir.

Hastane ortamında iş yükünü en çok üstlenen ve bakım verici rolünü gerçekleştiren hemşirelerdir. Çocukların hastanede hemşirelerle sürekli karşılaşmak durumunda olması ve bakıma muhtaç olmaları, hemşirenin çocuklara bütüncül bakım anlayışıyla yaklaşmasını gerekli kılmaktadır. Hemşire çocuğun bakımında aile ile beraber ortak karar almasını, ailenin bakıma katılmasını, çocuğun gereksinimlerini destekleyerek çocuğun kaygısını ve korkusunu azaltması beklenen bir sağlık profesyonelidir. Bu açıdan hastanelerde AMB anlayışının uygulanması çocuk gelişiminde ve tedavi sürecinde son derece önemlidir. Bu konuyla ilgili olarak Birleşmiş Milletler tarafından kurulan Hasta Çocuk Haklarının Deklarasyonu Derneğinin 2001 yılında Brüksel'deki konferansında yer verdiği 10 maddeden biri, hem çocukların hem de ailenin, sağlık durumlarını ilgilendiren her karara katılma hakkının olduğunun belirtilmesidir (86). Ayrıca çocuk ve ailenin fiziksel ve gelişimsel ihtiyaçlarına gereken yanıt verebilecek, eğitim almış, alanında becerikli sağlık personelinin bakım alma hakkının da olduğu belirtilerek pediatri hemşireliğinde AMB'nin önemli bir yere sahip olduğu vurgulanmıştır (14, 16, 84). Ancak 2004 yılında yapılan bir çalışmada gelişmiş ülkelerde AMB'nin yaygın olarak kullanıldığı, gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde ise yeterli düzeyde olmadığı saptanmıştır (87).

Aile merkezli bakım çocuk ve ailenin stresinin azalmasını sağlar. Hemşirelerin terapötik iletişimden faydalanarak AMB uygulaması sayesinde, çocuğun yaşadığı stresin azalmasında etkili olduğu belirtilmiştir (16, 23, 88). AMB, hemşirenin çocuk ve ailesi ile iş birliği kurarak, hem ailenin bakım memnuniyetini hem de hemşirenin mesleki doygunluğa ulaşımını sağlar. AMB uygulanmasında hemşirenin bu açıdan bilgili, deneyimli olması beklenir. Hemşirenin ve ailenin kültürel özelliği, iki tarafın hastalık kavramına nasıl baktığı son derece önemlidir. Bu yönüyle AMB literatüre birçok kez konu olmuştur. Pediatri alanında yapılan çalışmalarda çocuk ile aile ilişkisinin devamlılığına sıklıkla değinilmiştir. Bu bakım anlayışının çocuk ve aile açısından birçok katkısı olduğu belirtilmiştir (17, 24). Yedi farklı ülkede yüksek katılımı yapılan bir meta analiz çalışmasında, AMB'nin ailenin bakım memnuniyetini artırdığı, çocuk ile aile arasındaki bağı güçlendirdiği ve çocuğun davranışlarını olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (17). Melnyk ve Feinstein (2006) yaptıkları deneysel çalışmada AMB sayesinde; çocuğun hastanede yatış süresinin kısaldığı ve taburculuk sonrasında çocukların anksiyete, korku gibi duygularının azaldığı bulunmuştur (89). Kamerling ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptığı çalışmada yoğun bakım ünitelerinde verilen AMB ile çocuklarda anestezi sonrası süreçte daha hızlı iyileşme olduğu ve ağrı kesiciye olan ihtiyacının azaldığı ortaya çıkmıştır (90). Ülkemizde yapılan bir

çalışmada AMB'nin ailenin stresini azalttığı ve ailenin çocuk bakımında söz sahibi olmasının önemli olduğu vurgulanmıştır (23). İncelenen çalışmalar neticesinde AMB'nin hem çocuk hem de aile için pek çok olumlu etkisinin olduğu ortaya çıkmıştır.

2.5. Pediatri Hemşireliğinde Hümanizm ile Aile Merkezli Bakımın Önemi

Doğdukları andan itibaren savunmasız ve bakıma bağımlı olan bebeklerin, çocukluk dönemi boyunca da çeşitli ihtiyaçlarının karşılanması gerekir. Bunlardan en önemlisi güvenli bir ortamda sevgi içerisinde büyütülmesidir. Ancak her çocuk büyüme ve gelişme evresinde mutlaka çeşitli hastalıklarla karşı karşıya kalır. Daha hassas ve korkulu oldukları, bağışıklıklarının düştüğü, sirkadiyen ritmin bozulduğu bu hastalık sürecinde alacakları bakım, iyileşmelerinde ve sağlığın korunmasında son derece elzemdir. Bunun için aile kadar onlara bakım veren hemşirenin de çocuğu anlaması ve dikkate alması gerekir (16, 88).

Bakım hedeflerinden en etkili sonucu almak için hemşirelik mesleğinin kanıt temelli uygulamalarından faydalanmak gerekir. Çünkü bu kanıtlar belirli kuram ve modellere dayandırılarak geliştirilmiştir (4). Özellikle çocuk gibi gereksinim farklılığı olan gruplarda yüksek empati becerisinin olduğu, iletişimin etkili kullanıldığı, etik ve yasal konuların dikkatle ele alındığı, hemşireliğin estetik ve pratik bakım uygulamalarının hastanın mevcut psikolojik durumuna entegre edilerek uygulanmasına ihtiyaç vardır. Bahsedilen bu uygulamalar bize hemşireliğin en temel kuramlarından olan hümanistik bakım davranışlarını tarif etmektedir (2, 10). İnsancıl bakım olarak özetlenen hümanistik davranış becerileri, hemşirenin sadece hastasının insani değerlerinden dolayı en iyi bakımı alamaya hakkı olduğunu kabul eden bir anlayıştır. Hümanistik bakımda kendini iyileştirmiş ve kendi özünün bilincinde olan bir hemşire, karşısındaki için de en iyiyi yapmaya odaklanır. Bunun için çocuk hastalarda hümanistik bakımın tamamlanabilmesi için ailenin vazgeçilmez bir parça olduğunun farkında olması beklenir (2, 16, 51).

Aile merkezli bakım, ailenin çocuklarının yaşamında önemli bir yeri olduğunu kabul eden bir yaklaşımdır. Çocuklar, doğumundan itibaren en çok ilişki kurdukları kişilerden etkilenir. En çok o kişinin davranışlarını, hareketlerini örnek alır. Bu açıdan ailenin bakım sürecine dâhil edilerek çocuğun daha kaliteli bir bakım alması kolaylaşabilir (11, 17, 23, 24, 89, 90, 91).

Bu bakım çocuğun fiziksel halinin yanı sıra psikolojik sağlığının da korunmasını sağlar. Çünkü çocuklar sadece fiziksel bir bedenden ibaret değildir. Kendi içinde dünyası olan özel

insanlardır. Bu yönüyle AMB insancıl bir yaklaşımdır. Aile ve çocuğun psikolojik gelişimini teşvik ederken, kaliteli bakım alma hakkını sağlamaya hizmet eder. Hümanistik bakımda da çocuğun düşüncesi, beden dili ve psikososyal durumu önemlidir. Aynı zamanda hemşire-çocuk ilişkisi vazgeçilmezdir. AMB’de ise aile de işin içine katılarak çocuğun insancıl bakımında söz sahibi olur. Ailenin duyguları önemsenir. Bu bakım felsefesinde ise aile-çocuk-hemşire ilişkisi yer alır (2). Bu açıdan AMB’nin uygulanması ve sürdürülmesi, hemşirenin sahip olduğu hümanistik duygulara ve hümanistik bakımın gerçekleşmesine bağlıdır. Bu ilişki pediatri hemşireliğinde iki felsefi kavramın vazgeçilmez bir bütün olduğunu ortaya çıkarmaktadır(1, 2, 8, 16).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma pediatri servisinde çalışma deneyimi olan hemşirelerin hümanist davranma becerileri ile aile merkezli bakım felsefesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde bulunan hasta servisleri, yoğun bakım ve acil birimlerinde yapılmıştır. Hastane A ve B bloklarından oluşmaktadır. A bloğunda hasta servisleri, yetişkin yoğun bakım ünitesi ve acil birimi yer alırken, B bloğunda kadın doğum ve çocuk servisi, pediatri yoğun bakım ve çocuk acil bulunmaktadır.

Hasta servislerinde gündüz mesaisinde sorumlu bir hekim ve 8-10 hemşire çalışmaktadır. Yoğun bakımlarda bir sorumlu, iki yardımcı hekim ve 16-18 hemşire, acilde ise bir sorumlu hekim ve 18-20 hemşire görev almaktadır. Nöbetlerde servisteki hemşire sayısı 2-4, yoğun bakımda ve acilde 4-6 arasında değişmektedir.

Hemşirelerin çalışma vardiyası 08:00-16:00, 16:00-08:00 ve 08:00-08:00 saatleri arasındadır. Veri toplama sürecinde birimlerin yoğunlukları ve hemşirelerin iş yükü göz önünde bulundurulmuştur. Bu nedenle bazı birimlerde öğle arası bazı birimlerde ise mesai dışı saatlerde veri toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesinde aktif olarak çalışan tüm hemşireler oluşturmuştur. Hastanede görev yapan toplam hemşire sayısı N=768'dir. Örneklem sayısı, evreni bilinen örneklem hesabına göre belirlenmiştir (92).

$$n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q$$

$$\text{Örneklem} = 768 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5) / (0,05)^2 \cdot (768-1) + (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5) = 257$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

N: Evrendeki birey sayısı =768

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer=1,96

p: İncelenecek olayın görülüş sıklığı (olasılığı)=0,5

q: İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (olasılığı)=1-p=1-(0,5)=0,5

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma=0.05

Bu formüle göre örneklem büyüklüğü 257 bulunmuş veri kaybı olabileceği düşünülerek 270 hemşireye ulaşılarak çalışma tamamlanmıştır.

3.3.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

1. Çalışmanın yürütüldüğü hastanede hasta bakımı verilen servislerde aktif çalışan,
2. En az 4 ay veya üzeri hemşirelik tecrübesi olan,
3. En az 4 ay çocuk servisinde çocuklara bakım verme deneyimi olan hemşireler araştırmaya dâhil edilmiştir.

3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

1. Kamu veya özel kurumlarında üç aydan az çalışmış,
2. Geçmiş iş tecrübesinde çocuk servisinde dört aydan az deneyimi olan,
3. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen,
4. Hasta bakımının olmadığı ameliyathane, günübirlik cerrahi, EKG, kan alma, sterilizasyon gibi bölümlerde çalışan hemşireler çalışma kapsamına alınmamıştır.

3.4. Veri Toplama Süreci

Araştırmanın verileri 20 Eylül 2022-31 Aralık 2022 tarihleri arasında Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan servis hemşirelerinden yüz yüze toplanmıştır. Veriler gerekli izinler alındıktan sonra hemşirelerin çalıştığı kliniklerde hasta tedavisi ve bakım saatleri dışındaki zamanlarda hemşire odasında elde edilmiştir. Anketler hemşirelere araştırmacı tarafından dağıtılmış ve cevaplamaları için gerekli süre verilmiştir. O sırada anket ile ilgili sorusu olanların soruları araştırmacı tarafından herhangi bir yönlendirme yapılmadan cevaplanmıştır. Veri toplama süreci ortalama 30-45 dakika sürmüştür.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri araştırmacılar tarafından hazırlanan ve üç bölümden oluşan anket formu ile toplanmıştır. İlk bölümde hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin yer aldığı Kişisel Bilgi Formu (EK 1), ikinci bölümde Hemşirelik Uygulamalarında Hümanist Davranma Becerisi Ölçeği (HUHDBÖ) (EK 2), üçüncü bölümde ise Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği (AMBTÖ) yer almaktadır (EK 3).

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından ilgili literatür (63, 93, 94) doğrultusunda hazırlanan formda hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyleri, çalışma deneyimleri ve hümanistik bakım ile aile merkezli bakım hakkında bilgi düzeylerini sorgulayan 13 soru yer almaktadır.

3.5.2. Hemşirelik Uygulamalarında Hümanist Davranma Becerisi Ölçeği

Hemşirelik Uygulamalarında Hümanist Davranma Becerisi Ölçeği, Zhang ve arkadaşları (95 tarafından 2021 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirliliğini Yanmış ve arkadaşları (63) 2022 yılında yapmıştır. Beş alt boyuttan oluşan ölçek 5'li likert tipinde ve toplam 29 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları; hemşirelik iletişim becerisi (1-7 madde), psikolojik uyum becerisi (8-11 madde), etik ve yasal konuları uygulama becerisi (12-18 madde), estetik hemşirelik becerisi (19-21 madde), pratik bakım becerisi (22-29 madde)'dir.

Ölçeğin puanlaması; 5 (çok uygun), 4 (oldukça uygun), 3 (genellikle uygun), 2 (uygun değil), 1 (hiç uygun değil) şeklindedir. Ölçekte ters kodlanan madde yoktur. Alt boyutların toplam puanı, verilen cevapların toplanması ile elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 29, en yüksek puan ise 145' tir. Ölçekten alınan toplam puanın artması hümanist davranma becerisinin arttığını ifade etmektedir. Uyarlanan ölçeğin toplam Cronbach's alfa değeri 0,93 iken alt boyutların Cronbach's alfa katsayıları 0,71 ile 0,89 arasındadır. Bizim çalışmamızda ise ölçeğin genel Cronbach's alfa değeri 0,94 alt boyutların Cronbach's alfa katsayıları 0,699 ile 0,897 arasındadır. Ölçeğin bu çalışmada kullanılabilmesi için gerekli izin mail yolu ile alınmıştır (EK 4).

3.5.3. Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği

Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği, çocuk kliniklerinde çalışan ya da en az 3 ay çocuk servisinde çalışmış olan ve çocuk hastalara bakım veren hemşirelerin aile merkezli bakım tutumunu değerlendirmek için geliştirilmiştir (93). Ölçekte, çocuk servisinde çalışma

deneyimi olan hemşirelerin aile merkezli bakım tutumlarına katılma ve katılmama tercihlerini 1-5 arası derecelendiren toplam 58 maddeden oluşmaktadır. Derecelendirme 5 (tamamen katılıyorum), 4 (katılıyorum), 3 (kararsızım), 2 (katılmıyorum), 1 (hiç katılmıyorum) seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçek, aile merkezli bakımın katkısı (1-28 madde) ve bakıma aile ve çocuk katılımı (29-58 madde) olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır.

Ölçekte, iki alt boyut ve aile merkezli bakıma yönelik genel tutum olmak üzere üç ayrı puan hesaplanmaktadır. Boyutların ve genel tutum puanları hesaplanırken maddelerin değerleri toplanır sonra madde sayısına bölünerek ortalama puan elde edilir. Alt boyutlar ve genel tutum puanı en az 1 en fazla 5 puan almaktadır. Ölçeğin alt boyutlardan ve genel puanından elde edilen puanların yüksek olması hemşirelerin aile merkezli bakımın fayda sağladığına ve gerekli bir bakım olduğuna yönelik olumlu tutumlarının yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ölçek puanındaki 4 puanlık genişlik 5 eşit parçaya bölünerek ($4/5=0,8$) genel tutumun düzeyi hesaplanmaktadır. Buna göre 1,00-1,79 arası puan=çok düşük, 1,80-2,59 arası puan=düşük, 2,60-3,39 arası puan= orta, 3,40-4,19 arası puan=yüksek, 4,20-5,00 arası puan= çok yüksek düzeyi ifade etmektedir.

Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğinin geliştirildiği çalışmada ölçeğin genel Cronbach's alfa katsayısı 0,982, aile merkezli bakımın katkısı alt boyutunda 0,967 ve bakıma aile ve çocuk katılımı alt boyutunda 0,972 olarak hesaplanmıştır (93). Bu çalışmamızda ölçeğin genel Cronbach's alfa katsayısı 0,978, aile merkezli bakımın katkısı alt boyutunda 0,959 ve bakıma aile ve çocuk katılımı alt boyutunda ise 0,971 olarak elde edilmiştir. Ölçeğin bu çalışmada kullanılabilmesi için gerekli izin mail yolu ile alınmıştır (EK 5).

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Bağımlı Değişkenler

Çalışmada kullanılan HUHDBÖ ve AMBTÖ puanları bağımlı değişkenlerdir.

3.6.2. Bağımsız Değişkenler

Çalışmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri bağımsız değişkenlerdir.

3.7. Veri Analiz Yöntemi

Çalışma kapsamında toplanan veriler, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V23 (IBM Corp., Armonk, New York, USA) ve Analysis of Moment Structures (AMOS) V24 ile analiz edilmiştir. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama±standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum) şeklinde kategorik veriler ise frekans ve yüzde olarak sunulmuştur. Ölçek puanları arasındaki ilişkilerde Pearson korelasyon katsayısı ve ölçeklere ait iç tutarlılıkta Cronbach's alfa katsayısı kullanılmıştır.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu çoklu normallik varsayımı ile incelenmiştir. Ölçeklere ait yapı geçerliliğinde doğrulayıcı faktör analizi (DFA) kullanılmıştır. DFA'da çalışmaya başlamadan önce verilerle ilgili tüm sorunlar (uç değerler, basık ve çarpık değerler, eksik veri vb.) giderilmelidir. Maksimum olabilirlik kullanılabilmesi için verilerin normal dağılıma uygun olması gerekmektedir. Yapılan Multivariate normallik testinde kritik değerin 36,158 olduğu belirlenmiştir. Bu değerin 10'un altında olması mükemmel bir sonuç iken 20'ye kadar genellikle sorun teşkil etmediği yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (96). Çalışmada çoklu normallik varsayımı sağlanmadığı için hesaplama yöntemi olarak Bootstrap Maximum Likelihood (ML) kullanılmıştır ve Bootstrap analizinde 5000 yeniden örneklem tercih edilmiştir.

Ölçek puanları üzerine bağımsız değişkenlerin etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile incelenmiştir. Yapılan Multivariate normallik testinde kritik değerin 3,667 olduğu belirlenmiştir. Bu değerin 10'un altında olması mükemmel bir sonuç olarak yorumlanmakta ve çoklu normallik varsayımını sağlamaktadır. Bu doğrultuda hesaplama yöntemi olarak ML kullanılmıştır. Kurulan modelin uygunluğu CMIN (χ^2)/DF (Chi-Square/Degrees of Freedom), GFI (Goodness-of-Fit Index), AGFI (Adjusted Goodness-of-Fit Index), NFI (Normed Fit Index), IFI (Incremental Fit Index), TLI (Tucker-Lewis Index), CFI (Comparative Fit Index), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) ile değerlendirilmiştir. Tüm analizlerde önem düzeyi $p < 0,050$ alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın tamamında etik ilkelere ve Helsinki Bildirgesi kurallarına uyulmuştur. Çalışmaya başlamadan önce Aksaray İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni 16/08/2022 tarihinde E-74114513-771 sayılı izin ile (EK 6) Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin (Tarih: 08/09/2022, Karar no: 2022-

98/172) alınmıştır (EK 7). Araştırmada kullanılan ölçekler için gerekli izinler mail yolu ile sağlanmıştır (EK 4- EK 5). Ayrıca çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerden bilgilendirilmiş onam formları (EK 8) alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerle sınırlıdır. Bunun yanı sıra hemşirelerin yoğun çalışma temposu nedeniyle görüşmeye zaman ayıramayanların sayısı oldukça fazladır. Hemşirelerin yıllık izinde olması, nöbet çıkışı olması, hastalık hali gibi nedenlerle klinikte olmamaları veri toplama sürecini uzatmıştır. Ayrıca çalışmada kullanılan AMBTÖ'nün en az üç ay çocuk servisinde çalışma şartının bulunması da uygun sayıda hemşireye ulaşma süresinin uzamasına neden olmuştur.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin %72,6'sının kadın, yaş ortalamasının $31,69\pm 7,29$, %53,7'sinin evli ve %84,4'ünün lisans ve üzeri eğitim programlarından mezun olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin %20'si aktif olarak çocuk servisinde çalışmakta iken tüm katılımcıların bu serviste çalışmış olma deneyimleri ise ortalama $13,74\pm 12,51$ aydır. Hemşirelerin günde bakım verdikleri hasta sayısı $14,23\pm 9,9$ olarak elde edilmiştir. Klinikte en fazla zaman harcanan iş %87,4 oranında tektik ve tedavi olarak belirtilmiştir. Hemşirelerin %67'si AMB, %67,4'ü ise hümanistik bakım kavramı ile ilgili bilgili olduklarını ifade etmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Katılımcıların demografik özelliklerine ait tanımlayıcı istatistikler.

Demografik Özellikler	N	%
Cinsiyet		
Erkek	74	27,4
Kadın	196	72,6
Yaş*	$31,69\pm 7,29$	30 (22- 52)
Gelir giderden		
Az	80	29,6
Denk	175	64,8
Fazla	15	5,6
Medeni durum		
Evli	145	53,7
Bekâr	125	46,3
Eğitim düzeyi		
Sağlık meslek lisesi	42	15,6
Lisans ve üzeri	228	84,4
Çalıştığı birim		
Çocuk servisi	54	20
Dâhili servisler	53	19,6
Cerrahi Servisler	53	19,6
Yoğun Bakımlar	68	25,2
Çocuk Yoğun Bakımlar	25	9,3
Acil Servis	17	6,3
Çocuk servisinde çalışma deneyimi (ay)*	$13,74\pm 12,51$	10 (4 - 180)
Meslekteki görev süresi (ay)*	$115,54\pm 95,36$	96 (6 - 360)
Çalışma saatinde en fazla yapılan işler**		
Tektik ve tedavi	236	87,4
Hemşirelik bakımı	232	85,9
Hemşirelik dışı işler	92	34,1
Destek hizmetler	36	13,3
Aile merkezli bakım hakkında bilgi durumu		
Evet	181	67
Hayır	89	33

Tablo 4.1 (Devam): Katılımcıların demografik özelliklerine ait tanımlayıcı istatistikler

Demografik Özellikler	N	%
Daha önce aile merkezli bakım verme durumu		
Evet	101	37,4
Hayır	169	62,6
Hümanistik bakım hakkında bilgi durumu		
Evet	182	67,4
Hayır	88	32,6
Günde bakım verilen ortalama hasta sayısı*	14,23±9,9	12,5 (2 - 50)

* İlk sütunda Ortalama±S.Sapma, ikinci sütunda Ortanca (min. -maks.) değerleri verilmiştir.

**Birden fazla yanıt verilmiştir.

Ölçek puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde HUHDBÖ alt boyutlarının puan ortalamaları; “Hemşirelik İletişim Becerisi” 29,77±3,56, “Psikolojik Uyum Becerisi” 16,44±2,60, “Etik ve Yasal Konuları Uygulama Becerisi” 29,16±4,29, “Estetik Hemşirelik Becerisi” 10,98±2,43 ve “Pratik Bakım Becerisi” 33,56±4,26 olarak elde edilmiştir. HUHDBÖ toplam puan ortalaması ise 119,9±13,72 bulunmuştur. AMBTÖ “Aile Merkezli Bakımın Katkısı” alt boyutu puan ortalaması 4,34±0,44 iken “Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı” 4,27±0,46 elde edilmiştir. AMBTÖ genel tutum puan ortalaması ise 4,3±0,43’tür (Tablo 4.2).

Tablo 4.2: Ölçek puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler.

Ölçekler	Ortalama	S. sapma	Ortanca	Min.	Maks.
HUHDBÖ alt boyutlar					
Hemşirelik iletişim becerisi	29,77	3,56	30	20	35
Psikolojik uyum becerisi	16,44	2,60	16	7	20
Etik ve yasal konuları uygulama becerisi	29,16	4,29	29	19	35
Estetik hemşirelik becerisi	10,98	2,43	11	7	15
Pratik bakım becerisi	33,56	4,26	33	22	40
HUHDBÖ toplam	119,90	13,72	119	87	145
AMBTÖ alt boyutlar					
Aile merkezli bakımın katkısı	4,34	0,44	4,32	3	5
Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	4,27	0,46	4,13	2,97	5
Aile merkezli bakıma yönelik genel tutum	4,30	0,43	4,22	2,98	5

Hemşirelik uygulamalarında hümanist davranma becerisi ölçeğine ait güvenilirlik sonuçları incelenmiş ve elde edilen bulgular Tablo 4.3’te sunulmuştur. Buna göre HUHDBÖ alt boyutlarının Cronbach’s alfa katsayısı sırasıyla “Hemşirelik İletişim Becerisi”nde 0,842, “Psikolojik Uyum Becerisi”nde 0,877, “Etik ve Yasal Konuları Uygulama Becerisi”nde 0,897 yüksek güvenilirlikte, “Estetik Hemşirelik Becerisi”nde 0,699 oldukça güvenilir ve “Pratik Bakım Becerisi”nde 0,878 yüksek güvenilirlikte bulunmuştur. Ölçeğin genel Cronbach's alfa katsayısı 0,94 olup yüksek güvenilirliktedir. Ölçeğe ait madde toplam korelasyon katsayıları tüm maddelerde 0,3 üzerinde elde edilmiştir.

Tablo 4.3: Hemşirelik Uygulamalarında Hümanist Davranma Becerisi Ölçeği'ne ait güvenilirlik sonuçları.

HUHDBÖ Alt Boyutları	Ölçek maddeleri	Ort.	S.s	Madde- Toplam korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach's alfa	Cronbach's alfa
Hemşirelik iletişim becerisi	Bakım verdiğim hastalarla sade bir dilde iletişim kurabilirim.	4,410	0,667	0,584	0,822	0,842
	Bakım verdiğim hastalarla sözel olmayan ifadelerde (gözler, jestler, ifadeler vb.) iletişim kurabilirim.	4,260	0,760	0,614	0,818	
	Özel durumlara uygun sözlü ve sözsüz iletişim yöntemlerini seçebilirim.	4,260	0,711	0,730	0,799	
	İstenmeyen iletişim yöntemlerinden kaçınırım (Konudan konuya geçme, gereksiz umut verme vb.)	4,330	0,649	0,558	0,826	
	Etkili iletişimi sağlamak için çeşitli iletişim becerilerini esnek bir şekilde kullanabilirim	4,150	0,739	0,670	0,809	
	Bakım verdiğim hastaların memnuniyetsizliği iletişim yoluyla zamanında giderilebilir	4,040	0,782	0,533	0,832	
Başkalarıyla iyi ilişkiler kurarım.	4,320	0,654	0,495	0,835		
Psikolojik uyum becerisi	İşte ortaya çıkan zorluklar ve engellerle doğru şekilde başa çıkabilirim.	4,111	0,773	0,675	0,865	0,877
	İşyerindeki çatışmalara olumlu ve doğru tavırla yaklaşırım.	4,093	0,743	0,765	0,830	
	Duygularımı ılımlı bir şekilde ifade edebilirim.	4,126	0,756	0,758	0,832	
	Duygularımı etkili bir şekilde kontrol edebilirim.	4,107	0,766	0,740	0,840	
Etik ve yasal konuları uygulama becerisi	Mesleki etik kurallara uyarım.	4,150	0,747	0,744	0,878	0,897
	İş yerinde etik konularla ilgili mantıklı kararlar alırım.	4,120	0,708	0,756	0,877	
	Bakım verdiğim hastaların mahremiyetini korurum.	4,460	0,660	0,649	0,889	
	Bakım davranışında bilinçli ve sağ görülü hareket ederim.	4,330	0,683	0,744	0,879	
	Hemşirelik planını bakım verdiğim hastaların çıkarlarını en üst düzeyde tutacak şekilde seçerim	4,200	0,777	0,690	0,884	
	Hemşirelik uygulamalarında yasa, yönetmelik ve düzenlemelere uyarım.	3,950	0,974	0,713	0,884	
Bakım verdiğim hastaları meşru hak ve menfaatlerinin ihlalden koruyabilirim.	3,960	0,852	0,668	0,887		
Estetik hemşirelik becerisi	Hemşirelik uygulamalarında kendi imajımı oluşturmaya odaklanırım.	3,760	1,013	0,550	0,563	0,699
	Bakım verdiğim hastalarla mesleki dil kullanmaya odaklanırım.	3,130	1,192	0,518	0,627	
	İş yerinde sorumluluk bilincine veya duygusuna önem veririm	4,090	0,838	0,512	0,631	
Pratik bakım becerisi	Bakım verdiğim hastalar için güzel ve konforlu bir ortam (fiziksel, psikolojik, sosyal yönden) yaratırım.	3,940	0,776	0,638	0,863	0,878
	Bakım verdiğim hastalara saygılı davranırım.	4,130	0,810	0,581	0,870	
	Kendimi başkalarının yerine koyabilirim.	4,350	0,590	0,660	0,863	
	Bakım verdiğim hastaların sağlık ihtiyaçlarını etkin bir şekilde karşılayabilirim.	4,280	0,630	0,717	0,857	
	Bakım verdiğim hastalara holistik bakım ve destek sağlarım.	4,280	0,707	0,583	0,869	
	Bakım verdiğim her hastaya eşit davranırım.	4,400	0,629	0,699	0,858	
	Bakım verdiğim hastaların gelenek ve göreneklerine uygun çok kültürlü bakım sağlarım.	3,950	0,917	0,599	0,872	
	Bakım verdiğim hastaların gereksinimlerini anlarım.	4,230	0,677	0,744	0,853	
Hemşirelik uygulamalarında hümanist davranma becerisi ölçeği						0,940

Aile merkezli bakım tutum ölçeği güvenilirlik sonuçlarından elde edilen bulgular Tablo 4.4'te sunulmuştur. Ölçeğin “Aile Merkezli Bakımın Katkısı” alt boyutunun Cronbach's alfa katsayısı 0,959, “Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı” alt boyutunun 0,971 ve ölçeğin genel Cronbach's alfa katsayısı 0,978 olarak elde edilmiş ve yüksek güvenilirlikte olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ölçek maddelerine ait madde toplam korelasyon katsayıları incelendiğinde ise tüm maddelerde 0,3 üzerindedir (Tablo 4.4).



Tablo 4.4: Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğine ait güvenilirlik sonuçları.

AMBTÖ alt boyutları	Ölçek maddeleri	Ort.	S.s	Madde- Toplam korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach's alfa	Cronbach's alfa
	Aile üyelerinin sağlık davranışları ve alışkanlıkları çocuğun sağlığını etkiler.	4,540	0,542	0,518	0,959	
	Çocuk hemşireliği Aile Merkezli Bakım temellidir.	4,400	0,605	0,524	0,959	
	Aile Merkezli Bakım, hasta bakımının bir parçasıdır.	4,430	0,586	0,628	0,958	
	Aile Merkezli Bakım, her ailenin bireysel farklılıklarını dikkate alır	4,370	0,653	0,559	0,958	
	Aile Merkezli Bakım, çocuk ve aileyi fiziksel yönden ele alır.	4,070	0,846	0,494	0,960	
	Aile Merkezli Bakım, sağlık hizmeti kalitesinin önemli bileşenlerinden biridir.	4,380	0,589	0,684	0,957	
	Aile Merkezli Bakım, çocuk ve aile arasındaki bağları güçlendirir.	4,400	0,641	0,720	0,957	
	Aile Merkezli Bakım, aile üyelerinin çocuğun bakımına aktif katılımını sağlar.	4,440	0,567	0,718	0,957	
	Aile Merkezli Bakım, çocuk ve ailenin duygularını anlamayı kapsar.	4,420	0,596	0,710	0,957	
	Aile Merkezli Bakım, çocuk ve aileyi entelektüel yönden ele alır.	4,110	0,848	0,603	0,958	
	Aile Merkezli Bakım, çocuk ve aileyi spiritüel yönlerden ele alır.	3,960	0,881	0,618	0,958	
Aile merkezli bakımın katkısı	Aile Merkezli Bakım, çocuk ve ailenin sosyokültürel yönünü kapsar.	4,240	0,724	0,714	0,957	
	Aile Merkezli Bakım, çocuğun normal yaşamını sürdürebilmesi için ailenin önemini ve değişmezliğini kabul eder	4,280	0,658	0,700	0,957	0,959
	Aile Merkezli Bakım yaklaşımında her çocuğa ve ailesine saygı duyulur	4,400	0,587	0,707	0,957	
	Aile Merkezli Bakım, etnik, etik, kültürel ve sosyoekonomik farklılıklara saygı duyar.	4,400	0,600	0,677	0,957	
	Aile Merkezli Bakım, çocuk ve aileye yol gösterir.	4,410	0,589	0,692	0,957	
	Aile Merkezli Bakım, çocuğun ve ailenin seçimini destekler	4,360	0,616	0,677	0,957	
	Aile Merkezli Bakım, ailelerle her zaman doğru, dürüst ve tarafsız bir şekilde bilgileri paylaşır.	4,320	0,664	0,636	0,958	
	Çocuk-aile ve hemşire arasındaki iş birliği ve bilgi paylaşımı empatik bir ilişki gerektirir	4,380	0,564	0,730	0,957	
	Ebeveyn katılımı ile sağlanan bakım etkili ve başarılı olur	4,400	0,588	0,716	0,957	
	Aile Merkezli Bakım, ebeveynler arası desteği teşvik etmeyi ve kolaylaştırmayı gerektirir.	4,370	0,593	0,723	0,957	
	Aile Merkezli Bakım, aile üyelerinin birbirleri ile iletişimlerini destekleyerek, olumlu bir etkileşim ortamı oluşturur.	4,380	0,589	0,772	0,957	
	Aile Merkezli Bakımın başarısı, hasta bakım sistemini ve kurumsal işleyişini olumlu etkiler..	4,360	0,617	0,727	0,957	
	Sağlık bakım sistemi, aile gereksinimlerini karşılayacak ve ebeveynler tarafından kolayca ulaşılabilecek şekilde düzenlenir.	4,300	0,670	0,707	0,957	
	Aile Merkezli Bakım, çocuk ve aile üzerinde hastaneye yatmanın olumsuz etkilerini azaltmada etkilidir.	4,360	0,611	0,692	0,957	
	Aile Merkezli Bakımda ebeveynler sağlık ekibinin bir parçasıdır	4,360	0,621	0,690	0,957	

Tablo 4.4 (Devam): Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğine ait güvenilirlik sonuçları.

AMBTÖ alt boyutları	Ölçek maddeleri	Ort.	S.s	Madde-Toplam korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach's alfa	Cronbach's alfa
Aile merkezli bakımın katkısı	Aile Merkezli Bakımda ebeveynler bakıma dahil edildiklerinde ebeveynlik rollerinde ortaya çıkan değişikliklerle daha kolay baş ederler.	4,320	0,647	0,704	0,957	
	Aile Merkezli Bakımda kendini güvende hisseden ebeveynler, çocuğunun bakımına mümkün oldukça katılmak isterler.	4,340	0,599	0,704	0,957	
Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	Aile Merkezli Bakım, ebeveynlerin bakım memnuniyetini artırır ve bakım sürecine uyumlarını sağlar.	4,360	0,603	0,591	0,970	
	Aile Merkezli Bakım, ebeveynlerin yeni bilgi ve beceri kazanmalarını sağlar.	4,310	0,655	0,706	0,969	
	Aile Merkezli Bakım, kurum program ve politikalarının gelişimini destekler	4,210	0,663	0,699	0,969	
	Aile Merkezli Bakım, çocuk, aile ve sağlık ekibi üyeleri arasında etkili bir iletişim sağlar	4,300	0,642	0,739	0,969	
	Aile Merkezli Bakım, ailenin kendine güven duygusunu artırır ve problem çözme yeteneğini geliştirir.	4,310	0,644	0,716	0,969	
	Aile Merkezli Bakım, ebeveyn stresini azaltır.	4,260	0,666	0,676	0,969	
	Aile Merkezli Bakım, ebeveynlerde taburculuk sonrası problemleri azaltır.	4,250	0,612	0,723	0,969	
	Aile Merkezli Bakımda ebeveynlerin hastanede yatış sürecinde çocuğunun yanında olması çocuğun anksiyetesini azaltır	4,340	0,579	0,713	0,969	
	Aile Merkezli Bakım, sağlık personeli ve aile ile daha olumlu bir iletişim kurulmasını sağlar.	4,310	0,620	0,717	0,969	
	Aile Merkezli Bakım, iyileşmeyi çabuklaştırır	4,110	0,775	0,684	0,969	
	Aile Merkezli Bakım, çocuğun duygusal stresini azaltır.	4,290	0,614	0,743	0,969	
	Aile Merkezli Bakım, çocuğun güvende hissetmesini sağlar	4,330	0,564	0,730	0,969	0,971
	Aile Merkezli Bakım, çocuğun hastaneye uyumunu kolaylaştırarak oluşabilecek davranışsal sorunları azaltır.	4,320	0,594	0,757	0,969	
	Aile Merkezli Bakım, çocuğun hastanede kalma süresini kısaltır.	4,200	0,658	0,691	0,969	
	Aile Merkezli Bakım, çocuğun memnuniyetini artırır.	4,280	0,559	0,764	0,969	
	Aile Merkezli Bakım, ebeveyn çocuk ilişkisini sürdürür.	4,320	0,562	0,710	0,969	
	Aile Merkezli Bakım, taburculuk sonrası çocuğun bakımında ebeveynin yeterliliğini artırır.	4,290	0,569	0,760	0,969	
	Aile Merkezli Bakım, çocuğun hastane ve ev yaşamı arasında bağlantı sağlar.	4,270	0,590	0,714	0,969	
	Aile Merkezli Bakım, çocuğun ağrısını azaltır.	4,000	0,776	0,693	0,969	
	Aile Merkezli Bakım, çocuğun sağlığı ve gelişimini desteklemede hemşirenin aileyle işbirliği kurmasını sağlar.	4,310	0,578	0,777	0,968	
Aile Merkezli Bakım, çocuk hemşiresinin ailelerin güçlerini ve bakım verme kapasitelerini daha iyi anlamalarını sağlar	4,310	0,558	0,766	0,969		
Aile Merkezli Bakım, çocuk da uyku sıkıntısını azaltır.	4,120	0,722	0,698	0,969		
Aile Merkezli Bakım, çocuğun bakımını planlamada ve değerlendirmede kolaylık sağlar.	4,250	0,588	0,764	0,969		
Aile Merkezli Bakım, sağlık ekibi üyeleri arasında, etkili ve sağlıklı bir iletişim sağlar.	4,300	0,598	0,721	0,969		

Tablo 4.4 (Devam): Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğine ait güvenilirlik sonuçları.

AMBTÖ alt boyutları	Ölçek maddeleri	Ort.	S.s	Madde- Toplam korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach's alfa	Cronbach's alfa
Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	Aile Merkezli Bakım, sağlık bakım maliyetini azaltır.	4,110	0,771	0,616	0,970	
	Aile Merkezli Bakım, memnuniyeti artırır	4,330	0,576	0,693	0,969	
	Aile bakımın temelidir	4,340	0,593	0,723	0,969	
	Aile çocuğun birincil destek sistemidir	4,350	0,570	0,737	0,969	
	Çocuğun bakımına aile katılmalıdır.	4,340	0,586	0,766	0,969	
	Aile üyeleri, hastanede kendi bakımları ile ilgili temel gereksinimlerini karşılayabilirler.	4,230	0,667	0,643	0,969	
Aile merkezli bakım tutum ölçeği						0,978

Çalışmada kullanılan HUHDBÖ ve AMBTÖ korelasyon katsayıları incelenerek Tablo 4.5'te sunulmuştur. Buna göre tüm alt boyutlarda ve toplam ölçek puanlarında anlamlı ilişki elde edilmiştir ($p < 0,001$). AMBTÖ ile HUHDBÖ alt boyutlarından; hemşirelik iletişim becerisi ($r=0,469$), psikolojik uyum becerisi ($r=0,472$), etik ve yasal konuları uygulama becerisi ($r=0,53$), pratik bakım becerisi ile pozitif yönlü orta şiddette ilişki saptanırken ($r=0,587$), estetik hemşirelik becerisi ile pozitif yönlü zayıf ilişki ($r=0,374$) bulunmuştur. AMBTÖ ile HUHDBÖ toplamı arasında ise pozitif yönlü yüksek anlamlı ilişki vardır ($r=0,625$; $p < 0,001$).

Tablo 4.5: Ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayılarının incelenmesi.

		Hemşirelik iletişim becerisi	Psikolojik uyum becerisi	Etik ve yasal konuları uygulama becerisi	Estetik hemşirelik becerisi	Pratik bakım becerisi	HUHDBÖ toplam	AMB katkısı	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı
Psikolojik uyum becerisi	r	0,670							
	p	<0,001							
Etik ve yasal konuları uygulama becerisi	r	0,513	0,504						
	p	<0,001	<0,001						
Estetik hemşirelik becerisi	r	0,343	0,322	0,669					
	p	<0,001	<0,001	<0,001					
Pratik bakım becerisi	r	0,510	0,477	0,684	0,595				
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001				
HUHDBÖ toplam	r	0,766	0,725	0,872	0,720	0,852			
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001			
Aile merkezli bakımın katkısı	r	0,453	0,461	0,470	0,329	0,546	0,579		
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		
Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	r	0,431	0,431	0,525	0,372	0,560	0,597	0,774	
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
Aile merkezli bakıma yönelik genel tutum	r	0,469	0,472	0,530	0,374	0,587	0,625	0,935	0,948
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

r: Pearson korelasyon katsayısı

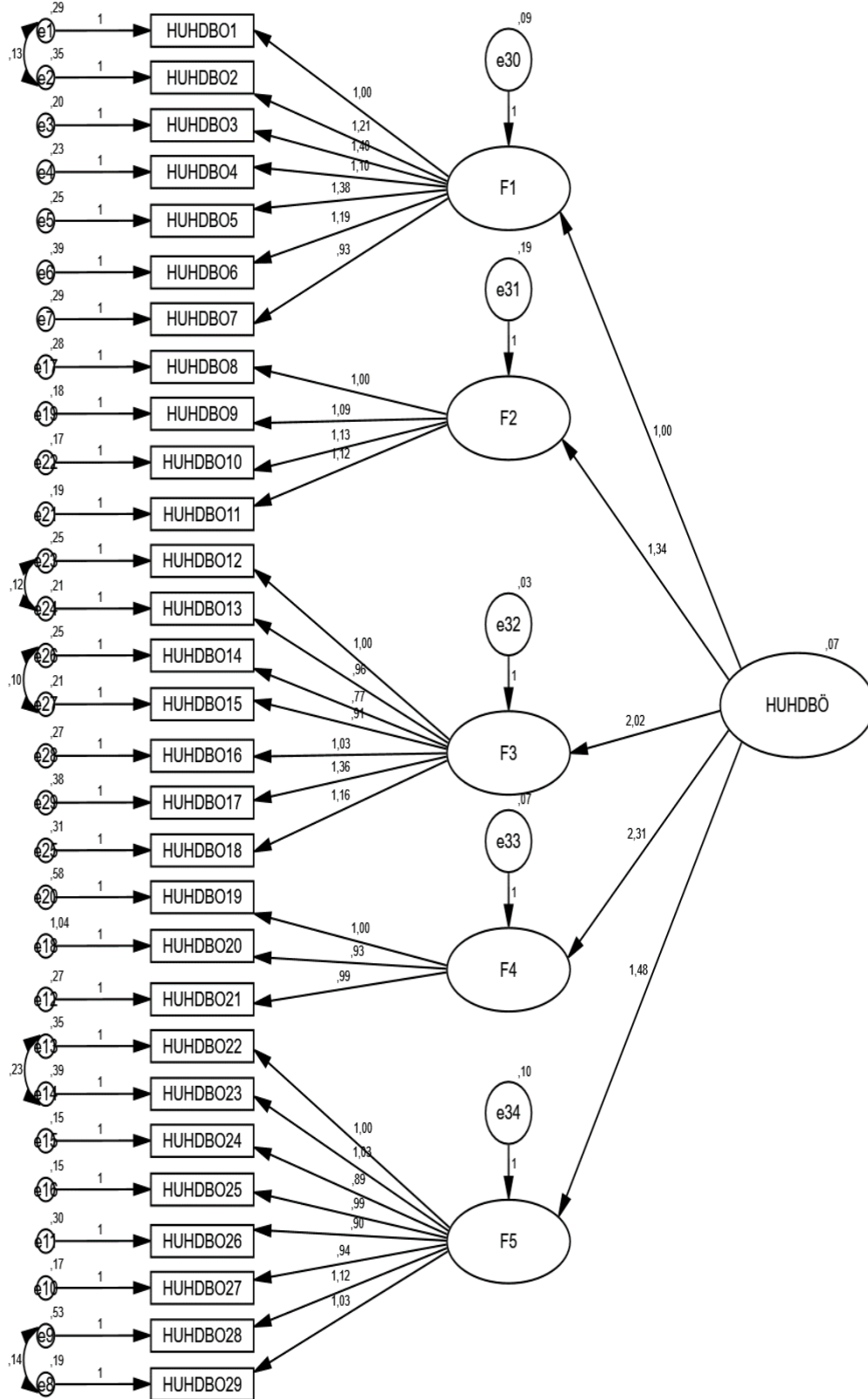
Ölçeklerin yapı geçerliliğini incelemek amacıyla DFA kullanılmıştır. HUHDBÖ'ye ait toplam 29 madde ile oluşturulan ikinci düzey DFA sonucunda 5 farklı modifikasyon işlemi gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin uyum indeksleri incelendiğinde CMIN (χ^2)/DF=3,711, GFI=0,733, AGFI=0,684, NFI=0,750, IFI=0,804, TLI=0,782, CFI=0,803, RMSEA=0,100 olarak elde edilmiştir. CMIN(χ^2)/DF kabul edilebilir sınırlar içerisinde iken diğer uyum indeksleri uygun sınırlarda elde edilmemiştir. HUHDBÖ'ne ait DFA sonuçlarından elde edilen bulgular Tablo 4.6'te yer almaktadır. Buna göre yol katsayılarının tüm maddelerde anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır ($p<0,001$). Standartlaştırılmış yol katsayılarının (β^1)>0,50 olduğu görülmektedir (Şekil 4.1). Ölçeğe ait standartlaştırılmamış yol katsayıları (β^2) EK 9'da verilmiştir.



Tablo 4.6: Hemşirelik Uygulamalarında Hümanist Davranma Becerisi Ölçeği 'ne ait doğrulayıcı faktör analizi sonuçları.

Maddeler	Alt boyutlar	β^1 (%95 CI)	β^2 (%95 CI)	S. E	p
Etik ve yasal konuları uygulama becerisi	<--- HUHDBÖ	0,957 (0,888- 1,006)	2,025 (1,487- 2,869)	0,351	<0,001
Psikolojik uyum becerisi	<--- HUHDBÖ	0,629 (0,482 - 0,761)	1,335 (1,015 - 1,795)	0,198	<0,001
Hemşirelik iletişim becerisi	<--- HUHDBÖ	0,667 (0,522 - 0,797)	1 (1 - 1)		
Pratik bakım becerisi	<--- HUHDBÖ	0,783 (0,68 - 0,887)	1,484 (1,032 - 2,282)	0,328	<0,001
Estetik hemşirelik becerisi	<--- HUHDBÖ	0,917 (0,814 - 0,995)	2,311 (1,553 - 3,481)	0,484	<0,001
HUHDBO1	<--- Hemşirelik iletişim becerisi	0,592 (0,468 - 0,698)	1 (1 - 1)		
HUHDBO7	<--- Hemşirelik iletişim becerisi	0,564 (0,453 - 0,661)	0,933 (0,698 - 1,275)	0,147	<0,001
HUHDBO2	<--- Hemşirelik iletişim becerisi	0,628 (0,493 - 0,749)	1,208 (0,991 - 1,496)	0,129	<0,001
HUHDBO6	<--- Hemşirelik iletişim becerisi	0,602 (0,483 - 0,71)	1,192 (0,888 - 1,613)	0,187	<0,001
HUHDBO3	<--- Hemşirelik iletişim becerisi	0,779 (0,695 - 0,849)	1,402 (1,194 - 1,717)	0,133	<0,001
HUHDBO4	<--- Hemşirelik iletişim becerisi	0,672 (0,577 - 0,752)	1,105 (0,863 - 1,461)	0,155	<0,001
HUHDBO5	<--- Hemşirelik iletişim becerisi	0,735 (0,643 - 0,814)	1,375 (1,104 - 1,789)	0,176	<0,001
HUHDBO8	<--- Psikolojik uyum becerisi	0,724 (0,642 - 0,795)	1 (1 - 1)		
HUHDBO11	<--- Psikolojik uyum becerisi	0,819 (0,757 - 0,872)	1,122 (0,965 - 1,331)	0,092	<0,001
HUHDBO9	<--- Psikolojik uyum becerisi	0,823 (0,756 - 0,881)	1,095 (0,966 - 1,248)	0,072	<0,001
HUHDBO10	<--- Psikolojik uyum becerisi	0,836 (0,769 - 0,893)	1,130 (0,974 - 1,321)	0,088	<0,001
HUHDBO12	<--- Etik ve yasal konuları uygulama becerisi	0,746 (0,671 - 0,808)	1 (1 - 1)		
HUHDBO18	<--- Etik ve yasal konuları uygulama becerisi	0,755 (0,670 - 0,826)	1,156 (0,975 - 1,377)	0,101	<0,001
HUHDBO17	<--- Etik ve yasal konuları uygulama becerisi	0,776 (0,702 - 0,836)	1,356 (1,168 - 1,594)	0,108	<0,001
HUHDBO13	<--- Etik ve yasal konuları uygulama becerisi	0,759 (0,686 - 0,817)	0,965 (0,876 - 1,065)	0,048	<0,001
HUHDBO14	<--- Etik ve yasal konuları uygulama becerisi	0,651 (0,548 - 0,741)	0,771 (0,640 - 0,905)	0,068	<0,001
HUHDBO15	<--- Etik ve yasal konuları uygulama becerisi	0,746 (0,647 - 0,829)	0,914 (0,774 - 1,067)	0,074	<0,001
HUHDBO16	<--- Etik ve yasal konuları uygulama becerisi	0,738 (0,629 - 0,835)	1,03 (0,88 - 1,194)	0,080	<0,001
HUHDBO19	<--- Estetik hemşirelik becerisi	0,655 (0,540 - 0,757)	1 (1 - 1)		
HUHDBO20	<--- Estetik hemşirelik becerisi	0,516 (0,397 - 0,624)	0,928 (0,717 - 1,16)	0,113	<0,001
HUHDBO21	<--- Estetik hemşirelik becerisi	0,786 (0,700 - 0,865)	0,992 (0,818 - 1,238)	0,106	<0,001
HUHDBO22	<--- Pratik bakım becerisi	0,643 (0,532 - 0,751)	1 (1 - 1)		
HUHDBO29	<--- Pratik bakım becerisi	0,761 (0,687 - 0,819)	1,033 (0,822 - 1,284)	0,117	<0,001
HUHDBO28	<--- Pratik bakım becerisi	0,608 (0,508 - 0,696)	1,118 (0,858 - 1,413)	0,140	<0,001
HUHDBO27	<--- Pratik bakım becerisi	0,747 (0,661 - 0,817)	0,943 (0,720 - 1,215)	0,126	<0,001
HUHDBO26	<--- Pratik bakım becerisi	0,633 (0,510 - 0,729)	0,897 (0,641 - 1,177)	0,136	<0,001
HUHDBO24	<--- Pratik bakım becerisi	0,750 (0,657 - 0,826)	0,887 (0,683 - 1,127)	0,115	<0,001
HUHDBO23	<--- Pratik bakım becerisi	0,636 (0,521 - 0,752)	1,032 (0,909 - 1,17)	0,067	<0,001
HUHDBO25	<--- Pratik bakım becerisi	0,785 (0,703 - 0,849)	0,991 (0,769 - 1,251)	0,123	<0,001

β^1 : Standartlaştırılmış yol katsayısı, β^2 : Standartlaştırılmamış yol katsayısı, *Bootstrap %95 güven aralığı, CI: Confidece Interval, SE:Standart Estimate.



Şekil 4.1: Hemşirelik Uygulamalarında Hümanist Davranma Becerisi Ölçeği Standartlaştırılmış Yol Katsayıları.

Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği 'ne ait toplam 58 madde ile oluşturulan birinci düzey DFA' da 6 farklı modifikasyon işlemi gerçekleştirilmiştir. Buna göre elde edilen değerler incelendiğinde $CMIN(\chi^2)/DF=3,373$, $GFI=0,577$, $AGFI=0,544$, $NFI=0,656$, $IFI=0,730$, $TLI=0,718$, $CFI=0,729$, $RMSEA=0,094$ olarak bulunmuştur. $CMIN(\chi^2)/DF$ kabul edilebilir sınırlar içerisinde iken diğer uyum indeksleri uygun sınırlarda elde edilememiştir. AMBTÖ'ye ait DFA sonuçları Tablo 4.7'da yer almaktadır. Buna göre yol katsayıları tüm maddelerde anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Maddelere ait standartlaştırılmış yol katsayıları $>0,463$ olarak elde edilmiştir (Şekil 4.2). AMBTÖ'ye ait standartlaştırılmamış yol katsayıları EK 10'da verilmiştir.



Tablo 4.7: Aile Merkezli Bakım Tutum ölçeğine ait doğrulayıcı faktör analizi sonuçları.

Maddeler		Alt boyutlar	β^1 (%95 CI)	β^2 (%95 CI)	S. E	p
AMBTO28	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,751 (0,676 - 0,818)	1,632 (1,273 - 2,194)	0,237	<0,001
AMBTO27	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,748 (0,687 - 0,804)	1,754 (1,362 - 2,366)	0,259	<0,001
AMBTO26	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,721 (0,634 - 0,797)	1,623 (1,262 - 2,179)	0,233	<0,001
AMBTO25	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,733 (0,655 - 0,796)	1,622 (1,25 - 2,203)	0,246	<0,001
AMBTO24	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,735 (0,661 - 0,8)	1,784 (1,388 - 2,402)	0,258	<0,001
AMBTO23	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,751 (0,677 - 0,815)	1,678 (1,326 - 2,246)	0,232	<0,001
AMBTO22	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,819 (0,757 - 0,869)	1,748 (1,411 - 2,302)	0,228	<0,001
AMBTO21	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,778 (0,705 - 0,84)	1,672 (1,351 - 2,197)	0,215	<0,001
AMBTO20	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,769 (0,7 - 0,829)	1,637 (1,316 - 2,164)	0,216	<0,001
AMBTO19	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,777 (0,712 - 0,834)	1,587 (1,263 - 2,11)	0,216	<0,001
AMBTO18	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,694 (0,588 - 0,779)	1,670 (1,301 - 2,246)	0,240	<0,001
AMBTO17	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,709 (0,606 - 0,79)	1,582 (1,225 - 2,116)	0,223	<0,001
AMBTO16	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,727 (0,638 - 0,806)	1,551 (1,256 - 2,02)	0,194	<0,001
AMBTO15	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,709 (0,63 - 0,778)	1,541 (1,254 - 2,01)	0,191	<0,001
AMBTO14	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,726 (0,652 - 0,796)	1,544 (1,28 - 2)	0,183	<0,001
AMBTO13	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,698 (0,619 - 0,771)	1,666 (1,293 - 2,243)	0,243	<0,001
AMBTO12	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,698 (0,606 - 0,774)	1,831 (1,436 - 2,447)	0,258	<0,001
AMBTO11	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,588 (0,479 - 0,681)	1,874 (1,35 - 2,664)	0,337	<0,001
AMBTO10	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,565 (0,48 - 0,642)	1,737 (1,29 - 2,431)	0,289	<0,001
AMBTO9	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,682 (0,604 - 0,753)	1,474 (1,2 - 1,906)	0,177	<0,001
AMBTO8	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,683 (0,605 - 0,754)	1,404 (1,139 - 1,824)	0,175	<0,001
AMBTO7	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,702 (0,636 - 0,772)	1,631 (1,309 - 2,175)	0,217	<0,001
AMBTO6	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,647 (0,543 - 0,741)	1,381 (1,068 - 1,823)	0,193	<0,001
AMBTO5	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,463 (0,347 - 0,569)	1,420 (0,972 - 2,045)	0,276	<0,001
AMBTO4	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,533 (0,422 - 0,635)	1,261 (1,007 - 1,61)	0,153	<0,001
AMBTO1	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,509 (0,391 - 0,617)	1 (1 - 1)		
AMBTO3	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,594 (0,48 - 0,691)	1,26 (1,044 - 1,553)	0,132	<0,001

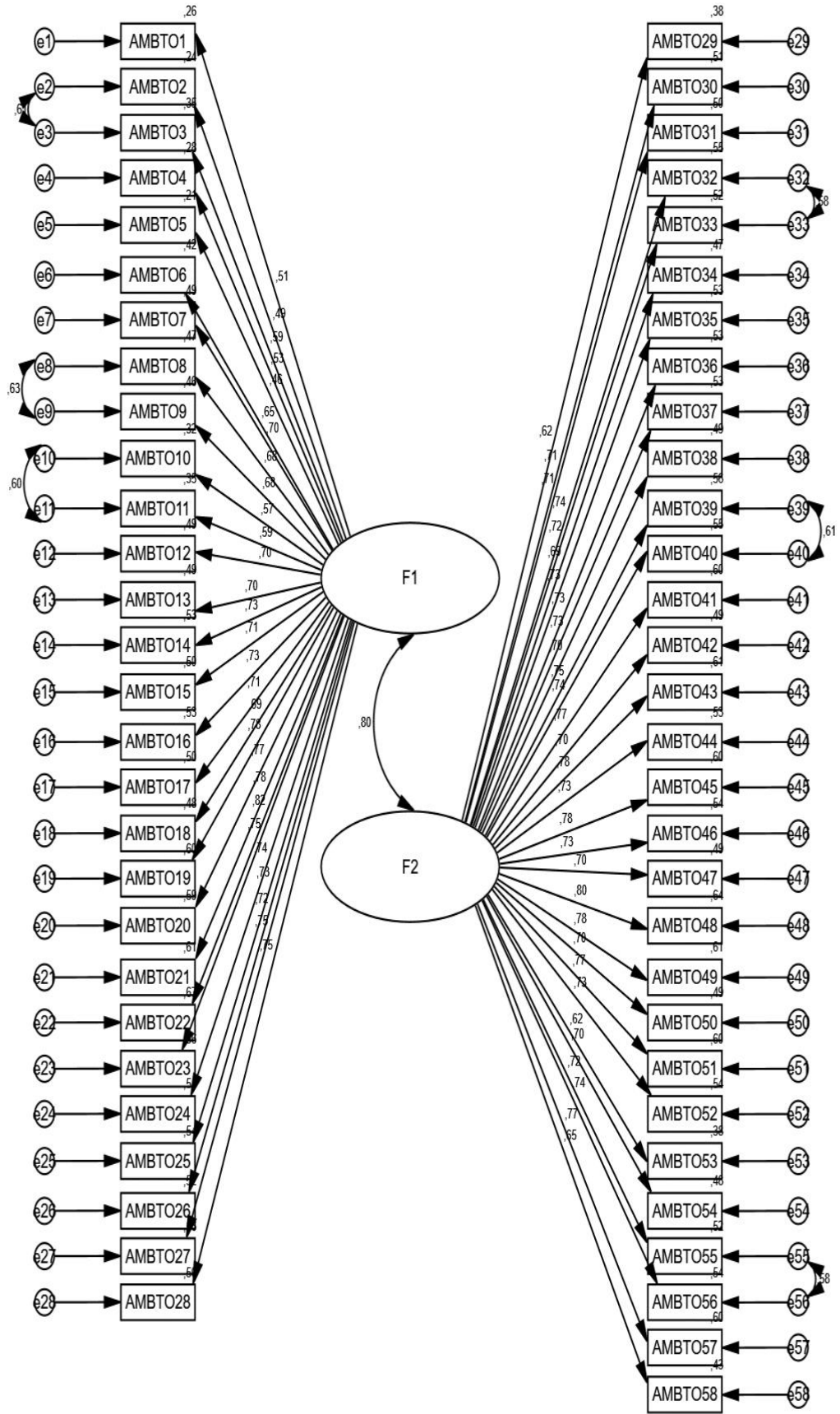
Tablo 4.7 (Devam): Aile Merkezli Bakım Tutum ölçeğine ait doğrulayıcı faktör analizi sonuçları.

Maddeler		Alt boyutlar	β^1 (%95 CI)	β^2 (%95 CI)	S. E	p
AMBTO2	<---	Aile merkezli bakımın katkısı	0,491 (0,362 - 0,605)	1,076 (0,888 - 1,287)	0,101	<0,001
AMBTO29	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,617 (0,52 - 0,708)	1 (1 - 1)		
AMBTO30	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,714 (0,642 - 0,781)	1,258 (1,086 - 1,489)	0,102	<0,001
AMBTO31	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,705 (0,628 - 0,772)	1,258 (1,066 - 1,51)	0,113	<0,001
AMBTO32	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,741 (0,68 - 0,799)	1,278 (1,083 - 1,548)	0,118	<0,001
AMBTO33	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,718 (0,655 - 0,777)	1,243 (1,057 - 1,486)	0,111	<0,001
AMBTO34	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,685 (0,608 - 0,75)	1,227 (1,033 - 1,465)	0,111	<0,001
AMBTO35	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,727 (0,648 - 0,795)	1,197 (1,017 - 1,424)	0,104	<0,001
AMBTO36	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,728 (0,656 - 0,792)	1,134 (0,955 - 1,371)	0,106	<0,001
AMBTO37	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,729 (0,664 - 0,79)	1,215 (1,038 - 1,459)	0,108	<0,001
AMBTO38	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,698 (0,635 - 0,752)	1,453 (1,215 - 1,765)	0,138	<0,001
AMBTO39	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,751 (0,677 - 0,814)	1,240 (1,047 - 1,505)	0,118	<0,001
AMBTO40	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,742 (0,662 - 0,81)	1,126 (0,963 - 1,347)	0,097	<0,001
AMBTO41	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,772 (0,715 - 0,826)	1,233 (1,044 - 1,495)	0,114	<0,001
AMBTO42	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,700 (0,626 - 0,762)	1,238 (1,04 - 1,487)	0,114	<0,001
AMBTO43	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,778 (0,707 - 0,839)	1,170 (0,992 - 1,411)	0,106	<0,001
AMBTO44	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,731 (0,651 - 0,805)	1,105 (0,934 - 1,334)	0,103	<0,001
AMBTO45	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,777 (0,721 - 0,829)	1,188 (1,029 - 1,407)	0,097	<0,001
AMBTO46	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,734 (0,665 - 0,8)	1,164 (0,992 - 1,409)	0,106	<0,001
AMBTO47	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,700 (0,638 - 0,754)	1,461 (1,209 - 1,788)	0,149	<0,001
AMBTO48	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,799 (0,744 - 0,847)	1,241 (1,056 - 1,502)	0,113	<0,001
AMBTO49	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,782 (0,717 - 0,839)	1,174 (1,000 - 1,416)	0,105	<0,001
AMBTO50	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,703 (0,632 - 0,763)	1,363 (1,131 - 1,654)	0,133	<0,001
AMBTO51	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,773 (0,714 - 0,831)	1,222 (1,052 - 1,456)	0,103	<0,001
AMBTO52	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,734 (0,661 - 0,8)	1,180 (1,001 - 1,42)	0,107	<0,001
AMBTO53	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,620 (0,53 - 0,699)	1,284 (1,052 - 1,586)	0,137	<0,001
AMBTO58	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,653 (0,54 - 0,748)	1,172 (0,957 - 1,433)	0,123	<0,001
AMBTO57	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,774 (0,715 - 0,837)	1,220 (1,027 - 1,489)	0,119	<0,001

Tablo 4.7 (Devam): Aile Merkezli Bakım Tutum ölçeğine ait doğrulayıcı faktör analizi sonuçları.

Maddeler		Alt boyutlar	β^1 (%95 CI)	β^2 (%95 CI)	S. E	p
AMBTO56	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,735 (0,672 - 0,795)	1,126 (0,943 - 1,377)	0,111	< 0,001
AMBTO54	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,695 (0,602 - 0,78)	1,077 (0,908 - 1,294)	0,099	< 0,001
AMBTO55	<---	Bakıma Aile ve Çocuk Katılımı	0,722 (0,618 - 0,809)	1,151 (0,974 - 1,378)	0,105	< 0,001

β^1 : Standartlaştırılmış yol katsayısı, β^2 : Standartlaştırılmamış yol katsayısı, *Bootstrap %95 güven aralığı, CI: Confidece Interval, SE:Standart Estimate.



Şekil 4.2: Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğine Ait Standartlaştırılmış Yol Katsayıları.

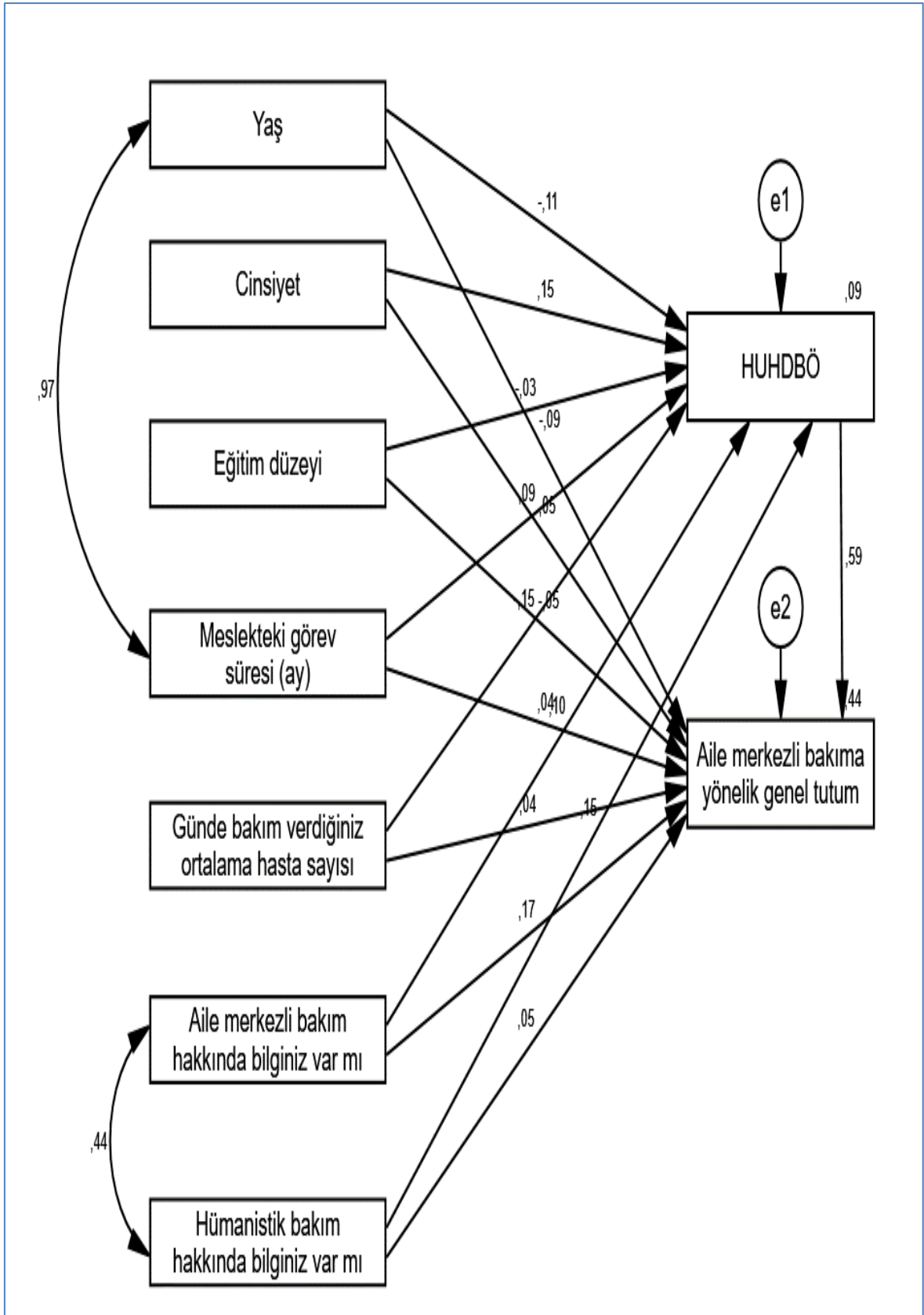
Çalışmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerini içeren bağımsız değişkenler ile ölçekler arasında kurulan modelin uyum indeksleri; $CMIN(\chi^2)/DF=1,674$, $GFI=0,974$, $AGFI=0,939$, $NFI=0,970$, $IFI=0,988$, $TLI=0,976$, $CFI=0,987$, $RMSEA=0,050$ olarak elde edilmiştir. Modele ait yol katsayıları Tablo 4.8’de sunulmuştur. Cinsiyetin HUHDBÖ toplam puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamı etkisi vardır ($p=0,013$). Kadınlar erkeklerden 15 kat daha fazla hümanistik davranma becerisine sahiptir ($\beta^1=0,145$). Hemşirelerin günde bakım verdikleri hasta sayısı arttıkça hümanistik davranma becerileri 15 kat azalmıştır ($\beta^1=-0,147$; $p=0,012$). Ayrıca hümanistik bakım bilgisine sahip olduğunu ifade edenler, olmayanlara göre 15 kat daha fazla HUHDBÖ toplam puanı elde etmiştir ($\beta^1=0,150$; $p=0,020$). Bu durumda bağımsız değişkenler HUHDBÖ’nün %9’unu açıklamıştır (Adj. $R^2=0,090$).

Bağımsız değişkenlerin AMBTÖ üzerindeki etkisi incelendiğinde, AMB hakkında bilgisi olanların ölçek puanı üzerinde anlamlı etki bulunmuştur ($p<0,001$). AMB konusunda bilgisi olanlar olmayanlara göre 17 kat daha fazla AMB becerisine sahiptir ($\beta^1=0,167$). Hemşirelerden hümanistik bakım becerisinden aldıkları toplam puandaki bir birimlik artış, AMB genel tutumunu 59 kat artırmıştır ($\beta^1=0,585$; $p<0,001$). İncelenen bağımsız değişkenler ve hümanistik bakım becerisi AMBTÖ’nün %44’ünü açıklamıştır (Adj. $R^2=0,439$). İncelenen değişkenler arasında en güçlü etkiyi hümanistik bakım becerisi oluşturmuştur. Şekil 3’te bağımsız değişkenlerin ölçek toplam puanı üzerindeki standartlaştırılmış yol katsayıları gösterilmiştir. Standartlaştırılmamış yol katsayıları EK 11’de verilmiştir.

Tablo 4.8: Bağımsız değişkenler ile HUHDBÖ ve AMBTÖ'ne ait yol analizi sonuçları.

Ölçek toplam puanları		Bağımsız Değişkenler	β^1	β^2	S. hata	Test ist.	p	R ²
HUHDBÖ toplam	<---	Yaş	-0,114	-0,214	0,466	-0,459	0,646	
HUHDBÖ toplam	<---	Cinsiyet (Referans: Erkek)	0,145	4,462	1,788	2,496	0,013	
HUHDBÖ toplam	<---	Eğitim düzeyi (Referans: Sağlık meslek lisesi)	-0,027	-1,033	2,200	-0,470	0,639	
HUHDBÖ toplam	<---	Meslekteki görev süresi (ay)	0,085	0,012	0,036	0,345	0,730	0,090
HUHDBÖ toplam	<---	Günde bakım verdiğiniz ortalama hasta sayısı	-0,147	-0,204	0,081	-2,524	0,012	
HUHDBÖ toplam	<---	Aile merkezli bakım hakkında bilginiz var mı (Referans: Hayır)	0,098	2,867	1,886	1,520	0,128	
HUHDBÖ toplam	<---	Hümanistik bakım hakkında bilginiz var mı (Referans: Hayır)	0,150	4,385	1,891	2,318	0,020	
AMBTÖ genel tutum	<---	Yaş	-0,085	-0,005	0,011	-0,438	0,661	
AMBTÖ genel tutum	<---	Cinsiyet (Referans: Erkek)	0,046	0,044	0,044	1,001	0,317	
AMBTÖ genel tutum	<---	Eğitim düzeyi (Referans: Sağlık meslek lisesi)	-0,049	-0,058	0,054	-1,083	0,279	
AMBTÖ genel tutum	<---	Meslekteki görev süresi (ay)	0,036	0,000	0,001	0,186	0,852	
AMBTÖ genel tutum	<---	Günde bakım verdiğiniz ortalama hasta sayısı	0,035	0,002	0,002	0,764	0,445	0,439
AMBTÖ genel tutum	<---	Aile merkezli bakım hakkında bilginiz var mı (Referans: Hayır)	0,167	0,152	0,046	3,285	<0,001	
AMBTÖ genel tutum	<---	Hümanistik bakım hakkında bilginiz var mı (Referans: Hayır)	0,054	0,049	0,047	1,051	0,293	
AMBTÖ genel tutum	<---	HUHDBÖ toplam	0,585	0,018	0,001	12,223	<0,001	

β^1 : Standartlaştırılmış yol katsayısı, β^2 : Standartlaştırılmamış yol katsayısı, R²: Adjusted



Şekil 4.3: Bağımsız değişkenler ile ölçekler arasındaki standartlaştırılmış yol katsayıları.

5. TARTIŞMA

Hemşirelerin hümanistik bakım becerileri ile AMB arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan çalışmada, katılımcıların çoğu kadındır. Hemşirelik, uzun yıllar boyunca kadın mesleği olarak toplumda yer bulmuştur. Yapılan çalışmalarda toplumun erkek hemşire algısının oldukça pozitif olduğu bildirilse de (97, 98) günümüzde kadın egemen bir meslek grubu olarak kabul görmektedir. Yapılan bir çalışmada (2017) hemşirelik mesleğindeki kadın oranının yaklaşık %70 düzeyinde olduğu gösterilmiştir (99). Ülkemizde erkeklerin mesleğe kabulü 2007 yılında 26510 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile başlamıştır (100). Çalışmamızda kadınların fazla olması erkek hemşirelerin yaklaşık son 15 yıldır hemşirelik mesleğinde yer almaları ve çalışmamızdaki hemşirelerin ortalama 10 yıllık deneyime sahip olmaları ile ilişkilendirilmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin eğitim düzeyi çoğunlukla lisans ve üzerindedir. Bu durum hemşirelik kanunundaki değişikliklerle birlikte beklendiği bir sonuçtur (100). 2007'de son kez beş yıllığına sağlık meslek liselerinin hemşire mezun etmesine izin verilmiş sonrasında ise bu uygulama durdurulmuştur. Bu nedenle günümüzde artık lise mezunu hemşire kavramı giderek azalmaktadır.

Hemşirelik mesleği sağlık sistemi içerisinde, bakım felsefesine odaklanmış önemli bir disiplindir. Bakımın kaliteli ve sürdürülebilir olması hasta sağlığına olumlu katkılar sağlamaktadır (101, 102). Kaliteli bakım ise şüphesiz bakım verilen hasta sayısı ile doğrudan ilişkilidir (94, 102). Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD) 2022 verilerine göre bin kişiye düşen hemşire sayısı Avrupa ülkelerinde ortalama 8-10 iken Türkiye'de 2,8'dir (103). Dünya genelinde hasta başına düşen en az hemşire sayısı sıralamasında Türkiye; Güney Afrika, Brezilya ve Endonezya'dan sonra dördüncü sıradadır. OECD ülkelerinde hemşire başına düşen hasta sayısı 102 iken ülkemizde 420'dir (103). Verilerden de anlaşıldığı gibi ülkemizde hemşire başına düşen hasta sayısı OECD ülkelerinden yaklaşık 4 kat fazladır. Çalışmamızda da literatürle benzer şekilde hemşirelerin bakım verdikleri hasta sayısının oldukça fazla olması bakım kalitesini olumsuz etkileyebilecek önemli bir faktördür. Bu durum her hasta ile geçirilen sürenin kısalmasına ve bakım hizmetlerinin aksamasına yol açmaktadır. Çalışmamızdaki hemşirelerin %67'sinin AMB hakkında bilgi sahibi olduğunu ancak %62,6'sının bu özelleşmiş bakımı

uygulayamadığını bildirmesi düşüncemizi desteklemektedir. Özellikle çocuk hastalarla ilgilenmek için ekstra zamana ihtiyaç vardır (94). Çocukları tedavi ve bakım için ikna etmek onların korkuları ile başa çıkmasına yardımcı olmak fazladan zaman gerektiren uygulamalardır. Pediatri biriminde yapılan bir çalışmada, hemşirelik uygulamaları için hemşire başına düşen hasta sayısı yetişkin servislerde 1:7 oranında iken, çocuk servisinde 1:4 olarak bildirilmiştir. Bu sonuç çocukların tedavi ve bakımının yetişkinlere göre daha uzun süre aldığını ve hemşire sayılarının bu konuda yetersiz kaldığını göstermektedir (94). Hastanın bir bütün olarak değerlendirilebilmesi ve uygun bakımın yürütülebilmesi için hemşire sayılarının artırılması gerekliliği tartışılmaz bir durumdur.

Hemşirelerin bakım verdikleri hasta sayısı kadar hastalara hangi işlemlerde zaman harcadıkları da son derece önemlidir. Hemşirelik mesleğinin amacı bakımdır. Bunun yanında tetkiklerin zamanında ve doğru şekilde yapılmasının sağlanması, tedavinin sürdürülmesi de hemşirelik uygulamalarının vazgeçilmez bir parçasıdır. Ancak bu uygulamalarda fazla zaman harcanması bakım eylemlerine ayrılacak zamanın azalmasına yol açabilir. Bu durum aynı zamanda hasta sayısı ile de doğrudan ilişkilidir(94, 102). Çalışmamızdaki hemşireler gün içerisinde hem fazla sayıda hastaya bakmakta hem de tetkik ve tedavi işlemlerine yoğun zaman ayırmaktadır. Kılıç ve arkadaşlarının (104) çalışmasında hemşireler çoğunlukla tedavi ve bakıma vakit ayırdıklarını ancak bunlar dışında üstlendiği işlerden dolayı yeteri kadar bakım yapamadıklarını belirtmişlerdir. Hables (2013) ve Younas et al. (2023) hemşirelerin iş yoğunluğu arttıkça bakım becerilerinin olumsuz etkilendiğini vurgulamıştır(105, 106). Bu sonuçlar çalışmamızla benzer ve hastanın bütüncül değerlendirilmesindeki en büyük kısıtlılıklar olduğu düşünülmüştür. Ancak bu durumun avantajlı olduğu önemli bir nokta hasta ile daha fazla vakit geçirilmesine olanak sağlamasıdır. Böylece hasta hakkında daha ayrıntılı bilgiye sahip olmak, hemşirelik bakımının da daha iyi planlanmasına fırsat sunabilir.

Çalışmamızda hemşirelerin hümanistik bakım becerileri ve AMB ile ilgili bilgi düzeyleri sorgulanmış ve hemşirelerin çoğu bu konuda bilgili olduklarını ifade etmiştir. Bu durum hem çalışma deneyimlerinin fazla olması hem de büyük çoğunluğun lisans ve üzeri mezunu olması ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca yukarıda bahsedildiği gibi hasta ile fazla vakit geçirmenin bir fırsatı olarak hastanın bakım ihtiyaçlarının daha farkında olmasına fayda sağladığı düşünülmüştür. Dikkat çeken bir diğer durum ise hemşirelerin AMB bilgisinin yüksek olduğu ancak bunu yeterince uygulayamadıklarını belirtmesidir. Aslında bu

sonucun, hasta sayısındaki fazlalık ve bakım eylemlerindeki sürenin kısıtlılığı nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin HUHDBÖ toplam puan ortalaması oldukça yüksek bulunmuştur. Puan ortalamasının artması yüksek düzeyde hümanist uygulama becerisine sahip olduğunu gösterir (63). Yapılan çeşitli çalışmalarda da hemşirelerin hümanistik bakım becerilerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (20, 22). Ancak önemli olan hususlardan birisi de iş yoğunluğu arttıkça hümanistik bakım becerilerinin olumsuz etkilendiğidir (106). Çalışmamızda elde edilen sonuçlara göre hemşirelerin iş yoğunluğu fazla iken hümanistik uygulama becerilerinin de yüksek bulunması; hemşirelerin sadece bu konudaki tutumlarının sorgulanması, uygulamanın değerlendirilmemesi nedeniyle olduğunu düşündürmüştür. Ancak yine de hemşirelik uygulamalarında yüksek hümanist beceriye sahip olunması sevindirici bir sonuçtur. Pediatri hastaları korumasız, yardıma ihtiyacı olan, hastalığı ve bakımı konusunda başkalarına bağımlı olan hasta grubudur (107). Böyle bir gruba bakım vermek ve onlarla fazla vakit geçirmek fiziksel olduğu kadar duygusal sorumluluğun da yüklenilmesini gerekli kılmaktadır. Taş ve arkadaşları (108) çalışmasında, çocuklarla ilgilenmenin daha fazla sorumluluk, dikkat ve merhamet gerektirdiğini bildirmiştir. Çalışmamızda elde edilen bu sonucun, örneklem grubumuza pediatri hastalarıyla çalışma deneyimleri olan hemşireleri dâhil etmemizden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çocukların hastane deneyimlerindeki en büyük yardımcıları aileleridir. Bakımın doğru şekilde yönetilebilmesi hemşirenin aile ile kuracağı sıkı iş birliğine bağlıdır (84). AMB felsefesi ile yürütülen hemşirelik uygulamaları oldukça olumlu sonuçlar vermiştir. Kamerling ve arkadaşlarının çalışmasında AMB uygulamasının, çocuklarda analjezik ihtiyacını azalttığı ve iyileşme sürecine fayda sağladığı bildirilmiştir (90). Ayrıca diğer çalışmalarda da AMB felsefesi ile verilen hemşirelik bakımının çocuklarda taburculuk sonrası stresin azaldığı ve iyileşme sürecine olumlu katkı sağladığı görülmüştür (16, 17, 23, 89, 90, 109, 110). Bunun yanı sıra AMB uygulamasının hemşirelere benimsetilmesi de son derece önemlidir. Kara'nın 2018 yılında yaptığı çalışmada AMB eğitimi sayesinde hemşirelerin bu konudaki bilgi düzeyinin önemli ölçüde arttığı bildirilmiştir (93). Bizim çalışmamızdaki hemşireler, AMB hakkında bilgili olduklarını ifade etmiş aynı zamanda AMBTÖ genel tutum puanları da çok yüksek düzeyde elde edilerek tutarlı sonuçlar vermiştir. Bu durum hemşirelerin AMB felsefesi hakkında farkındalıklarının yüksek olması nedeniyle oldukça sevindiricidir.

Çalışmamızda kullanılan ölçeklerin güvenilirlik analizine göre hem alt boyutların hem de ölçek genelinin Cronbach's alfa katsayılarının uygun sınırlarda olduğu görülmüştür. Literatürde alt sınır $>0,60$ olarak kabul görmektedir. Özdamar Cronbach's alfa değerlerinin güven aralıklarını; $0,00 \leq \alpha < 0,40$ güvenilir değil, $0,40 \leq \alpha < 0,60$ düşük güvenilirlikte, $0,60 \leq \alpha < 0,80$ oldukça güvenilir, $0,80 \leq \alpha < 1,00$ yüksek derecede güvenilir şeklinde belirtmiştir (111). Buna göre çalışmamızdaki HUHDBÖ ve AMBTÖ genel Cronbach's alfa katsayıları yüksek derecede güvenilirdir. Aynı zamanda ölçek maddelerine ait madde toplam puan korelasyonunun $0,3$ üzerinde olması ayırt edicilik açısından iyi derecede olduğunu gösterir (112). Çalışmamızdaki madde toplam puan korelasyonlarının her iki ölçek için iyi düzeyde olduğu görülmüştür (Tablo 4.3 ve Tablo 4.4).

Aile merkezli bakım felsefesinin yapı taşları incelendiğinde hümanistik bakım ile oldukça örtüşen noktaları olduğu dikkat çekmektedir. Yapılan çalışmalarda AMB uygulamalarının aslında pek çok yönden hümanist anlayışı desteklediği anlaşılmaktadır (17, 73, 89, 90, 109, 110, 113-117). Comimitte'nin bildirdiği AMB'nin önemli dört adımı olan onur ve saygı, bilgi paylaşımı, ailenin bakıma katılması ve işbirliği (71), Paterson ve Zderad'ın açıkladığı hümanist kuramın çocuk hastalara karşı yansması olarak düşünülebilir (12). Literatürde empati, saygı, sabır gösterme (113) ve duygusal zekânın (114) psikolojik uyum sağlamaya yardımcı olduğu bunların ise iletişim yeteneğini güçlendirdiği ifade edilmiştir. Bu durum hümanist becerinin gelişmesinde psikolojik uyumun önemini gösterirken, elde edilen beceri ise iletişim kanallarının güçlenmesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan çalışmalarda etkili bir iletişimin AMB kalitesini desteklediği ve problem çözme sürecine katkı sağladığı belirtilmiştir (115). Çalışmamızda ölçeklerin uyumlu ilişki göstermesi tüm bu sonuçlar ile benzerdir (Tablo 4.5).

Hümanistik bakımda önemli olan bir diğer beceri ise etik ve yasal konuları uygulamadır. Özellikle pediatri hastalarına verilen bakımın etik sorumluluklar bilincinde sürdürülmesi önem arz etmektedir. Ağaçdiken (2017) çalışmasında hemşirelerdeki empati becerisinin etik duyarlılıkla ilişkisi olduğunu bildirmiştir (116). AMB için empati vazgeçilmez bir unsurdur. Çalışmamızda AMB ile HUHBDÖ etik ve yasal boyutun arasında elde edilen pozitif yönlü orta düzeyde ilişki literatürle uyumludur.

Çalışmada kullanılan ölçeklerin yapı geçerliliği DFA ile incelenmiştir. Ölçeklerin yol katsayılarının hepsi anlamlı bulunmuştur. Suhr (2008), yol kat sayı değerinin $0,10$ 'dan küçük ise zayıf etki, $0,10$ ile $0,50$ arasındaysa orta ve $0,50$ 'den büyük ise güçlü bir etkinin varlığını gösterdiğini belirtmiştir (118). Bizim çalışmamızda kullandığımız ölçeklerin

standartlaştırılmamış yol katsayılarının güçlü etki gösterdiği ortaya çıkmıştır (Tablo 4.6 ve Tablo 4.7). Ayrıca Çokluk ve ark. (2010) bildirdiğine göre yol analizlerinde kurulan modelin uygunluğu $CMIN(\chi^2)/DF$ değerinin 3'e kadar olması durumunda iyi, 5'e kadar ise yeterli olarak ifade edilmiştir (119). Çalışmamızda kullanılan iki ölçeğin de DFA analizinde $CMIN(\chi^2)/DF$ değerinin uygun sınırlarda olduğu görülmektedir. Araştırmacılar özellikle 200 altındaki örneklerde diğer uyum indekslerinin de incelenmesi gerektiğini bildirmiştir. Ancak çalışmamızdaki hem örneklem yeterliliği hem de $CMIN(\chi^2)/DF$ değerinin iyi düzeyde olması ve yol katsayılarımızın anlamlı elde edilmesi nedeniyle DFA bulguları yeterli görülmüştür.

Çalışmanın bağımsız değişkenleri ile ölçekler arasındaki nedensellik yapısal eşitlik modellemesi ile incelenmiştir. Bu doğrultuda hangi değişkenin daha fazla etki gösterdiği ortaya çıkarılmıştır. HUHDBÖ üzerinde kadın olmanın etkisi erkeklere göre dikkat çekici olarak fazladır. Bu sonuç toplumumuzun kadınlara yüklediği rolün, sağlık bakım uygulamalarının sürdürülmesinde de etkili olduğunu ortaya çıkarmıştır. Hemşireliğin günümüzde kadın çoğunlukta bir meslek olarak devam etmesi, kadınların annelik içgüdüsünden kaynaklanan yardımseverliği ve kadınların daha duygusal yapıda olması gibi özelliklerinin bu sonucu etkilediği düşünülmektedir (120). Yapılan çalışmalarda kadınların erkeklere göre daha çabuk ağladığı, daha yardım sever ve daha duygusal olduğu bildirilmiştir (121-123). Bu duygu ve davranışlar insan merkezli bakımın temelini oluşturan hümanizmin doğasında yer almaktadır. Bu nedenle kadınların erkeklere göre daha hümanist yaklaşım sergilemesi literatürle benzer ve beklendik bir sonuçtur.

Hümanistik bakım becerisine etki eden diğer önemli bir yordayıcı ise günde bakım verilen hasta sayısıdır. Çalışmamızda günde bakım verilen hasta sayısı arttıkça hümanistik uygulama becerisi 15 kat azalmıştır (Tablo 4.8). Bu durum, hümanistik felsefenin doğası gereği beklenen bir durumdur. Hümanizm insana değer vermeyi, insanı dinlemeyi, anlamayı, onunla etik ve yasal çerçevede kurduğu bağı pratiğe dökmeyi amaç edinir (8, 41). Bu eylemlerin her bir hasta özelinde düşünülüp harekete geçilmesi zamandan bağımsız olmalıdır. Hemşire kısıtlı zaman endişesi ile özellikle küçük yaş grubundaki hastalarına vakit ayıramadığı takdirde istenen iletişim kanalı kurulamaz ve beklenen bakım davranışları sergilenemez. Yapılan çalışmalarda pediatri hemşirelerindeki yetersiz sayı nedeniyle bebek ve yeni doğanların bakım ihtiyaçlarının da uygun şekilde karşılanamadığı bildirilmiştir (124-126). Bu konuda literatürde bildirilen bir diğer önemli husus ise fazla sayıda hasta bakımının hemşirelerde fiziksel ve ruhsal sorunlara yol açmasıdır. Hemşirelerde depresyon, anksiyete,

somatik bozukluk belirtilerinin hasta sayısının daha yoğun olduğu yerlerde arttığına dikkat çekilmiştir (127). Yapılan başka çalışmada ise hasta sayısı arttıkça hemşirelerin ruhsal durumu, fizyolojik ihtiyaçları ve sosyal yaşamlarının olumsuz etkilediği ortaya çıkmıştır (128). İnsan merkezliliği temel alan hümanistik felsefede, birey önce kendi özü ile bütünleşmelidir (8, 41). Kendini iyileştirmeden başkasına olumlu fayda sağlanması beklenemez. Bu nedenle çalışmamızda elde edilen bu bulgunun oldukça dikkat çekici olduğu, hemşire sayılarındaki yetersizliğin ciddi bakım eksiklerine yol açabileceği düşünülmektedir.

Hemşirenin bakım verme konusundaki becerisini etkileyen en önemli unsurlardan birisi de bilgidir. Virginia Henderson kuramında hemşirenin bilgidен gelen gücünü vurgulamıştır (129). Bilgi düzeyi ve entelektüel zekâsı yüksek olan hemşirelerin daha iyi bakım verdiği farklı çalışmalarda da ifade edilmiştir (130). Hümanistik bakım da diğer bakım uygulamaları gibi bilgi seviyesi ile doğrudan ilişkilidir (63, 64). Bakımı en iyi bilen kişi uygular. Yapılan literatür incelemesinde hümanistik bakımı bilmek ve insancıl duyguları hasta yaklaşımında önemsemek hümanistik bakım becerisini geliştirmektedir (63). Ayrıca yapılan çalışmalarda hemşirelere verilen bilgi sayesinde hümanistik bakım becerisinin arttığı bildirilmiştir (22). Özellikle pediatri gibi öncelikli alanlara yönelik bilgi düzeyinin artırılması bakım ihtiyaçlarının da daha iyi saptanmasına yol açar. Çalışmamızda da hemşirelerin hümanistik bakım ile ilgili bilgi seviyeleri yükseldikçe ölçekten aldıkları puanın artması düşüncemizi doğrulamaktadır. Hümanistik bakım becerisini yordamayı amaçlayan bağımsız değişkenler HUHDBÖ'yü %9 düzeyinde açıklamıştır. Bu oranın bağımsız değişkenlerin hümanistik uygulama becerisini, henüz kısıtlı literatür bilgisi doğrultusunda ve hümanizm gibi kapsamlı bir felsefe hakkında, azımsanmayacak seviyede açıkladığı düşünülmektedir.

Yapısal eşitlik modellemesi ile incelenen bir diğer bağımlı değişken ise AMBTÖ'dür. Bağımsız değişkenlerden AMB ile ilgili bilgisi olduğunu ifade edenler olmayanlara göre 17 kat daha fazla puana sahiptir (Tablo 4.8). AMB felsefesi öğrenilebilen ve geliştirilebilen uygulamaları içerir. Yapılan çalışmalarda, hemşirelere verilen eğitim ile bu konudaki bilgi seviyelerinin arttığı belirtilmiştir (93, 131-134). Çalışmamızda da elde edilen bu sonuç bilgi düzeyinin yüksek olması ile özel bakım uygulamalarının daha iyi bilindiğini göstermiştir. Bu sonuç eğitim seviyesinin önemini bir kez daha ortaya çıkarmıştır. Çalışmamızdaki hemşirelerin çoğunun lisans ve üzerinde eğitim almış olmasının ve pediatri deneyimlerinin olmasının bu sonuç ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Modelde bağımsız değişkenler ile HUHDBÖ'nün, AMBTÖ üzerindeki etkisinde dikkat çekici bir diğer nokta, tek başına hümanistik becerinin AMB üzerinde 58 kat pozitif etki göstermesidir. Bu sonuç diğer anlamlı değişkenin yaklaşık 4 katıdır (Tablo 4.8). Ayrıca incelenen değişkenler AMB felsefesinin %44'ünü açıklamıştır. Bu oran da insan gibi çok yönlü bir canlı için oldukça önemli düzeydedir. Elde edilen sonuçlar çalışma sorularından hümanistik beceri ile AMB arasındaki ilişkiye etkili şekilde cevap oluşturmuştur. Hümanizm kavramının, AMB üzerinde çok güçlü bir belirleyici olduğunu göstermiştir. Çalışmamızda bahsedilen kavramların temel felsefesinden dolayı (2) bu ilişki beklendik bir sonuçtur. İnsancıl duygulara odaklı bakım uygulayan hemşire, AMB kalitesini artırma potansiyeline sahiptir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelik uygulamalarında hümanistik davranma becerileri ile aile merkezli bakım tutumu arasındaki ilişki durumunun incelendiği araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin;

- Çoğunun kadın, evli, lisans ve üzeri mezunu olduğu,
- Günde bakım verilen hasta sayısının fazla ve genel olarak en fazla vakit harcadıkları işlemlerin tetkik ve tedavi olduğu,
- Hümanistik davranma becerilerinin oldukça yüksek düzeyde olduğu,
- Aile merkezli bakım tutumlarının çok yüksek seviyede olduğu,
- Ölçek alt boyutları ve genel Cronbach's alfa katsayılarının yüksek güvenirlikte olduğu,
- HUHDBÖ ile AMBTÖ alt boyutları ve ölçek toplam puanlarının anlamlı ilişki gösterdiği,
- Ölçeklerin yapı geçerliliğinde kullanılan DFA sonuçlarından $C_{MIN}(\chi^2)/DF$ kabul edilebilir sınırlar içerisinde ve her iki ölçek için yol katsayılarının tüm maddelerde anlamlı bulunduğu,
- Kadın hemşirelerin erkeklere göre hemşirelik uygulamalarında hümanist davranma becerilerinin 15 kat daha fazla olduğu,
- Günde bakım verilen hasta sayısı arttıkça hümanist davranma becerisinin 15 kat azaldığı,
- Hümanistik bakım bilgisindeki bir birimlik artışın hümanist davranma becerisini 15 kat artırdığı,
- Bağımsız değişkenlerin HUHBDO'nün %9'unu yordayabildiği,
- AMB hakkında bilgisi olanların olmayanlara göre 17 kat daha fazla AMB tutumuna sahip olduğu,
- Hemşirelik uygulamalarında hümanistik davranma becerilerindeki bir birimlik artışın AMB tutumunu 59 kat artırdığı ve
- Bağımsız değişkenler ile hümanistik becerinin, AMBTÖ'nün %44'ünü yordayabildiği bulunmuştur.

Elde edilen çalışma sonuçları doğrultusunda;

- Hemşirelik eğitimin en önemli konusunun insan psikolojisi, insanı anlama, doğru iletişim olduğu ve bu konulara müfredatta ağırlık verilmesi,
- Hemşirelik öğrencilerinin hümanistik ve AMB becerilerinin gelişimi için staj ve uygulama olanaklarının geliştirilmesi
- Toplumda hemşireliğin kadınlara özgü meslek inancını kırmak için erkek hemşirelerin sayısının artırılmasının teşvik edilmesi ve hasta bakımında aktif rol almasının sağlanması,
- Türkiye'deki çoğu devlet ve üniversite hastanelerinde hasta başına düşen hemşire sayısının artırılması için sağlık kuruluşları, sağlık sendikaları, sağlık konfederasyonlarının ihtiyaca göre hemşire ve sağlık personeli alımları ile ilgili çalışma/etkinlik düzenlemeleri ve böylece sağlık politikalarına yön verme girişimlerinde bulunmaları,
- Hemşirelerin kliniklerdeki vakitlerinin çoğunun bakım odaklı olması için görev dışı işlerin yaptırılmaması hususunda hastane yönetimleri tarafından desteklenmesi,
- Hemşirelerin AMB ve insancıl bakıma yönelik hastanelerde veya üniversitelerde kurs, kongre, seminer, çalıştay, hizmet içi eğitim vb. katılımlarının sağlanması ve desteklenmesi,
- Literatüre hemşirelerin AMB ve hümanistik bakım becerilerini hastalar üzerinde ne kadar uygulayabildiğine dair çalışmalarla katkı yapılması,
- Pediatri servislerinde çalışma deneyimi olan ve olmayan hemşirelerin AMB tutum ve hümanistik becerilerinin bakıma etkisinin karşılaştırılması,
- Hemşirelerin hümanistik becerilerinin çocuk ve aileler tarafından değerlendirilmesini sağlayan ölçeklerin geliştirilmesi, böylece çocuk/aile tarafından algılanan hümanistik davranışın incelenmesi,
- Hemşirelerin pediatri hastalarına özel iletişim, psikolojik uyum, etik ve yasal uygulama yeteneği, estetik uygulamalar ve pratik bakım becerisi gibi hümanistik felsefenin temelini oluşturan alanlarda gelişiminin desteklenmesi ve bu konularda özel eğitimler almasının sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Gül Ş. Bakım Kavramı Işığında Hemşirelik Bakımı ve Etkileyen Faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019; 10(2):129-134.
2. Erdoğan S. Çocuk Hemşireliğinde Hümanistik Bakım. Florence Nightingale Journal of Nursing. 2015; 5(19): 65-70.
3. Türk Dil Kurumu Bakım Kavramının Tanımı[İnternet].2022. [Erişim Tarihi 08.12.2022]. Erişim Adresi: <https://sozluk.gov.tr/>
4. Alpar ŞE, Bahçecik AN. Hemşirelik Kuramları, Modelleri ve Uygulama Esasları. Akademisyen Kitabevi. 2018; 2(1):22-23.
5. Martsolf D, Mickley JR. The concept of spirituality in nursing theories: Differencing world-views and extent of focus. Journal of Advanced Nursing.1998; 27(2), 294-303.
6. Baldacchino D. Nursing competencies for spiritual care. Journal of Clinical Nursing. 2006;15(7), 885-896.
7. Wikipedia Hümanizm Tanımı [İnternet].2022. [Erişim Tarihi 12.09.2022]. Erişim Adresi: <https://tr.wikipedia.org/wiki/H%C3%BCmanizm>
8. Kadioğlu M. Hümanizm. Sosyoloji Konferansları Derneği Dergisi.1991; (23):157-158.
9. Kale N. Hümanizm. Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences. 1992; 25(2):763-770.
10. Özkan O. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Odaklı Yaklaşım: Hasta Katılımı. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.2017; 10(2):1759-1770.
11. Kaarianen M, Kanste O, Elo S, Pölkki T, Miettunen J, Kyngas H. Testing and verifying nursing theory by confirmatory factor analysis. Leading Global Nursing Research. 2011; 67(5):1163-1172.
12. Paterson JG, Zderad L. Humanistic Nursing. Ebook. Northampton. United Kingdom, 2018.
13. Radwin LE, Alster K. Individualized nursing care: an empirically generated definition. International Nursing Review. 2002; 49(1):54-63.
14. İşler A, Conk Z. Pediatri Aile Merkezli Bakım. Ege Pediatri Bülteni, 2006; 13(3):187-193.

15. Öztürk C, Ayar D. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2014; 7(4):315-320.
16. Aykanat B, Gözen D. Çocuk Sağlığı Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım Yaklaşımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014; 3(1): 683-695.
17. Dunst CJ, Trivette CM, Hamby DW. Meta-analysis of family-centered help giving practices research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 2007; 13(4):370-378
18. Yılmaz H, Uzşen H. Belli, M. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinin Tarihsel Süreçteki Gelişimi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021; 6(1):65-70.
19. Ocakçı AF. Çocuğun aile merkezli bakımı. Zonguldak: Dökel Matbaası, 2006; 8-27.
20. Ma J, Peng W, Pan J. Investigation into the correlation between humanistic care ability and emotional intelligence of hospital staff. *BMC Health Services Research*. 2022; 22;839:1-12.
21. Alavi A, Zargham-Boroujeni A, Yousefy A, Bahrami M. Altruism, the values dimension of caring self-efficacy concept in Iranian pediatric nurses. *Journal of Education and Health Promotion*. 2017; 6(8):1-5.
22. He J, Hu DY, Liu YL, Wu LF, Liu L. Study of the effect of humanistic nursing care model wards in Children Caring Ward School on the nurses' caring ability. *Chinese Nursing Research*. 2016; 3(1):45-47.
23. Boztepe H. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*. 2009; 1(2):88-93.
24. 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.
25. Fernandes Ashley K, Wilson S, Nalin Ansel P, Philip A, Gruber L, Kwizera E, et al. "Pediatric Family-Centered Rounds and Humanism: A Systematic Review and Qualitative Meta-analysis." *Hospital Pediatrics*. 2021; 11(6):636-649.
26. Özkan HE, Akduran F. Hemşirelikte Paradigmaların Önemi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2014;11(2): 3-5.
27. Hemşirelik Tanımı [2022]. [Erişim Tarihi 12.10.2022]. Erişim Adresi: <https://tr.wikipedia.org/wiki/Hem%C5%9Firelik>
28. Hemşirelik Süreci[2022]. [Erişim Tarihi 12.10.2022]. Erişim Adresi: https://nursing-theory.org/articles/Definition_of_Nursing.php

29. Hemşirelik Tanımı [2022]. [Erişim Tarihi 12.10.2022]. Erişim Adresi: https://nursing-theory.org/articles/Definition_of_Nursing.Php
30. Kaya H, Yalçın Atar N, Eskimez Z. Hemşirelik model ve kuramları. Aştı TA, Karadağ A. (Ed.). Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık. 2014:79- 101.
31. Can Ş, Acaroğlu R. Hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2015; 23(1):32- 40.
32. Bıçakcı U. Paradigma ve yaşam kalitesi. İstanbul: Sistem Yayıncılık. 2006: 1-2.
33. Kuhn Thomas S. Bilimsel devrimlerin yapısı. (Çeviri: Kuyaş N.)10.Baskı. Kırmızı Yayınları, İstanbul. 2021.
34. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset, İstanbul. 1999;54-75:93-116.
35. Popa-Velea O, Purcărea VL. Issues of therapeutic communication relevant for improving quality of care. Journal of Medicine and Life. 2014; 7(4):39-45.
36. Birol L. Hemşirelikle ilgili kuramlar. Birol L. (Ed.) Hemşirelik Süreci. 7. Baskı. İzmir: Etki Matbaası. Yayıncılık Ltd. Şti,2005 51-102.
37. Wikipedia Word Health Organization Tanımı [2022]. [Erişim Tarihi 12.12.2022]. Erişim Adresi: https://tr.wikipedia.org/wiki/D%C3%BCnya_Sa%C4%9Fl%C4%B1k_%C3%96rg%C3%BCt%C3%BC
38. Word Health Organization Sağlık Tanımı[2022]. [Erişim Tarihi 12.12.2022]. Erişim Adresi: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
39. Korkut Bayındır S, Biçer S. Holistik Hemşirelik Bakımı. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2019; 4(1): 25-29.
40. Hilton PA. Theoretical perspectives of nursing: A review of the literature. Journal of Advanced Nursing. 1997; 26: 1211-1220
41. Kaya N. Yaşam Modeli. Babadağ K, Aştı T. Eds. Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti,2008: 1-7.
42. Kaya N, Babadağ K, Kaçar GY, Uygur E. Hemşirelerin hemşirelik model/kuramlarını, hemşirelik sürecini ve sınıflama sistemlerini bilme ve uygulama durumları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010; 3(3):24-33.

43. Şengül İnan F, Üstün B, Bademli K. Türkiye’de Kuram/Modele Dayalı Hemşirelik Araştırmalarının İncelemesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;16(2):132-139.
44. Yücel ŞÇ. Konfor Kuramı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2011;27(2):79-88.
45. Pajnikhar M. Nurses’(un)partner-like relationships with clients. Nursing Ethics.2009;16(1):43-56.
46. Colley, S. Nursing theory: its importance to practice. Nursing Standard. 2003;17(4):33-37.
47. Kidd P, Morrison EF. Comment. The progression of knowledge in nursing: A search for meaning. Image Journal of Nursing Scholarship. 1988;20(4):222-4.
48. Johnson DE. The Nature of a science of nursing. Nursing Outlook.1959; 7;291-294
49. Fawcett J. Thoughts About Evidence-Based Nursing Practice Quarterly. 2012; 25(2):199-200.
50. Salanders L, Dietz-Omar M. Making Nursing Models Revelant for the Practising Nurse. Nursing Practice.1991;4 (2):23-25.
51. Arslan Özkan H, Bilgin Z. Hemşireliğin Felsefi Özü İyileştirici Bakım. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2016; 3(3):191-200.
52. Gökberk M. Felsefe Tarihi. 31.Baskı.İstanbul: Remzi Kitapevi;2018 167-168
53. Wikipedia Hümanizm Tanımı [2023]. [Erişim Tarihi 05.03.2023]. Erişim Adresi: <https://tr.wikipedia.org/wiki/H%C3%BCmanizm>
54. Kaya G, Canbulat T. Hayat Bilgisi Dersi Değerlerinin Öğretiminde Halk Ozanlarının Önemi: Neşet Ertaş Örneği. Uluslararası Eğitim Bilimleri Dergisi.2018;14(5):147-151
55. Şengöz M. Maslow’un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Modeli ’nin bütünleşik bir süreç olarak yeniden yorumlanması. Journal of Research Edication and Society. 2022; 9(1):164-173.
56. Arora S. İntegration of Nursing Theories in Practice. International Journal of Nursing Science Practice and Research.2015:1(1);8-12.
57. Fagermoen MS. Humanisim İn Nursing Theory: A Focus on caring. Kim HS ve Kolak İ.(Eds),Nursing Theories Conceptual & Philosphical Foundations(2nd ed.)(157-183) New York: Springer Publishing Company İnc.2006
58. Antonio PD, Beeber L, Naegle M. The future in the past : Hildegard Peplau and interpersonal relations in nursing. 2014; 21(4):311–317.

59. Kacaroglu Vicdan A, Gulseven Karabacak B. Hemşirelik Modellerinden: Roy Adaptasyon Modeli. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 5(4):255-259.
60. Yeşilot S, Öz F. Hemşirenin Varlığı: Kuramsal Bir Bakış. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2016; 7(2):94-99.
61. Demir S. Hildegard Elizabeth Peplau: the theory of interpersonal relations. Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZG. Editörler. Hemşirelik Teorileri ve Modelleri. 1. Baskı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2017. p.122- 44.
62. Kleiman S. Josephine Paterson and Loretta Zderad's humanistic nursing theory. Parker ME, Smith MC, editör. Nursing theories and nursing practice. 3rd Ed. Philadelphia: Davis Company; 2010: 336-42.
63. Yanmış S, Bahçecioglu Turan G, Özer Z. Turkish Validity and Reliability Study of Humanistic Practice Ability of Nursing Scale. International Journal of Clinical Practice. 2022;1:1-8.
64. Bal Kaplan C. Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi[Yüksek Lisans Tezi].İstanbul 2015.
65. Sharma N, Hooberman A. Parenting and Family-Based Care. Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2022; 31(2):313-326
66. Westrup B. Newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP)- Family-centered developmentally supportive care. Early Human Development. 2007; 83(7):443-449.
67. Committe 2012 American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care. Family-Centered Care and The Pediatrician's Role. Pediatrics 2003; 112(3): 690-697.
68. Öztürk Şahin Ö, Topan A, Karakaya SÖ, Canbaz T. Hastanede Çocuklara Bakım Veren Hemşirelerin Aile Merkezli Bakım Yaklaşımını Kullanma Durumlarının İncelenmesi. 2020; 6(1):89-96.
69. Gültekin G. Baran G. Hastalık ve Çocuk. Aile ve Toplum.2020; 7(2):1-8.
70. Cooper LG, Gooding JS, Gallagher J, Sternesky L, Ledsky R, Berns SD. Impact of a family-centered care initiative on neonatal intensive care units, staff and families. Journal of Perinatol. 2007;27(2):32-37.
71. American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care. Family-Centered Care and The Pediatrician's Role. Pediatrics 2003; 112(3):690-697.
72. Festini F. Family Centered Care. Italy Journal Pediatr.2014;40(1):A33.

73. Frost M, Green A, Gance-Cleveland B, Kersten R, Irby C. Improving family centered care through research. *Journal of Pediatric Nursing*. 2010; 25:144–147.
74. Just AC. Parent participation in care: bridging the gap in the pediatric ICU. *New born and Infant Nursing Reviews*. 2005;5: 179-187.
75. Jolley J. A Social history of pediatric nursing: 1920-1970. Un published PhD Thesis, Hull, The University of Hull. 2004.
76. Jolley J. Separation and psychological trauma: a paradox examined. *Pediatric Nursing*. 2007; 19:22-25.
77. Yapp CS. *Children's nursing: lectures to probationers*. London, Poor Law Publications. 1915.
78. Harrison TM. Family Centered Pediatric Nursing Care: State Of The Science. *Journal of Pediatric Nursing*. 2010; 25(5): 335-343.
79. Jolley J, Shields L. The Evolution of Family-Centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*. 2009; 24(2):164-170.
80. Bowlby J. Forty-four juvenile thieves: their characters and home life (i). *International Journal of Psychoanalysis*. 1944a;25:19-53.
81. Bowlby J. Forty-four juvenile thieves: their characters and home life (ii). *International Journal of Psychoanalysis*. 1944b; 25:107-127.
82. Robertson J, Bowlby J. (1952). Responses of young children to Separation from their mothers. *Courrier Centre International de l'enfance*. 1952; 2: 131-142.
83. Alsop-Shields L, Mohay H. John Bowlby and James Robertson: theorists, scientists and crusaders for improvements in the care of children in hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 35:50-58.
84. Shields L, Pratt J, Hunter J. Family-Centered Care: A Review Of Qualitative Studies. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15(1): 1317-1323.
85. Başay K, Başay Ö. Ürüt A, Hasmercan B, Uysal M, Usul E. Hastanede yatarak tedavi gören çocuklar: Psikososyal uyumu etkileyen faktörler üzerine bir araştırma. *Klinik Psikiyatri*. 2020;23:402-413.
86. Birleşmiş Milletler Hasta Çocuk Haklarının Deklarasyonu [2023]. [Erişim Tarihi 10 Eylül 2023]. Erişim Adresi <http://www.kindundspital.ch/charta-d.pdf>
87. Shields L, Nixon J. Hospital Care Of Children In Four Countries. *JAN*. 2004; 45(5): 475-485.
88. Alkan A, Özyıldız KH. Sağlık Hizmeti Sunumunda Çocuk Hastalarla İletişim. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2021; 24(2):415-434.

89. 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.
90. Kamerling SN, Lawler LC, Lynch M, Schwartz AJ. 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.
91. Ward K. Perceived Needs Of Parents Of Critically Ill Infants In A Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatric Nursing Journal*. 2001; 27(3): 281-285.
92. Kılıç, S. Örnek Büyüklüğü, Güç Kavramları ve Örnek Büyüklüğü Hesaplaması. *Journal Of Mood Disorders*. 2012; 2(3):140-142.
93. Kara A. Aile Merkezli Bakım Eğitiminin Çocuk Hemşirelerinin Tutumlarına Etkisi.[Doktora Tezi].2018.
94. Elmaoğlu E, Özdemir S. Pediatri Hemşireleri Tarafından Karşılanamayan Bakım ve Nedenleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2022; 15(2): 175-185.
95. J. Zhang, X. Zhou, H. Wang, Y. Luo and W. Li, "Development and validation of the humanistic practice ability of nursing scale," *Asian Nursing Research*. 2021; 15(2):105–112.
96. Gürbüz S. Amos ile yapısal eşitlik modellemesi. Ankara: Seçkin Yayıncılık. 2019; ss.30.
97. Yeşilfidan D, Aslan T, Karcıoğlu S, Ökten S, Tekiner O, Yavuz G, ve ark. Türk Toplumunda Erkek Hemşirelere Bakış: Aydın İli Örneği. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*. 2019; 2(1):1-4.
98. Alan N, Uğur Ö. Hasta ve Yakınlarının Erkek Hemşirelere İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. *Medical Sciences*. 2018; 13(1): 1-9.
99. Orhan B, Reşat Yücel Ö. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Sunumuna Cinsiyet Açısından Bakış. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*. 2017; 1:53-59.
100. Hemşirelik Kanunu T.C. Resmî Gazete. 2 Mayıs, 2007. [Erişim Tarihi 10 Eylül 2023]. Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm>
101. Gonçalves I, Mendes DA, Caldeira S, Jesus É, Nunes E. The Primary Nursing Care Model and Inpatients' Nursing-Sensitive Outcomes: A Systematic Review and

- Narrative Synthesis of Quantitative Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023; 20(3):2391.
- 102.** Oldland E, Botti M, Hutchinson AM, Redley BA. Framework of Nurses' Responsibilities for Quality Healthcare—Exploration of Content Validity. *Collegian*. 2019;27:150–163.
- 103.** Organisation for Economic Co-Operation and Development(OCED) Health Resources. [2023]. [Erişim Tarihi 10 Eylül 2023]. Erişim Adresi: <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm>
- 104.** Kılıç SS, Aydın Avcı İ, İsmailoğlu AA, Yazar S. Klinik Hemşirelerinin Çalışma Saatlerinde İş Yüklerinin ve Sürelerinin Tanımlanması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 3(4):1032-1044.
- 105.** Hables RM. Factor associated with caring abilities among nurses working at El-Shatby maternity university hospital. *J Am Sci*. 2013; 9(2):387–394 .
- 106.** Younas A, Porr C, Maddigan J, Moore J, Navarro P, Whitehead D. Behavioural indicators of compassionate nursing care of individuals with complex needs: A naturalistic inquiry. *Journal of Clinical Nursing*. 2023; 32(13-14):4024-4036.
- 107.** Pazarcıkcı P, Efe E. Pediatri Hemşireliğinde Hasta Güvenliği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2018;9(2):169-174.
- 108.** Taş AF, Aldem M. Pediatri kliniklerinde çalışan hemşire ve ebelerin hasta güvenliğine yönelik uygulamaları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2014; 13(3): 209-216.
- 109.** Coyne I. Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives. *Journal Clinical Nursing*. 2006; 15(1):61-71.
- 110.** Kaya S, Karayağız G, Manav, G. Türkiye’de Pediatri Kliniklerinde Yapılan ve Aile Merkezli Bakım Anlayışını Kapsayan Çalışmaların Gözden Geçirilmesi . *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020; 9(3):205-214 .
- 111.** Özdamar K. Paket Programlar ile İstatiksel Veri Analizi (9. Baskı), Nisan Kitabevi, Ankara, 2013; ss: 584.
- 112.** Büyüköztürk Ş. Veri Analizi El Kitabı (20.Baskı), Pegem Akademi, Ankara, 2014; ss: 216.
- 113.** Şahin ZA, Kardaş Özdemir F. Hemşirelerin İletişim ve Empati Beceri Düzeylerinin Belirlenmesi. *Journal of Academic Research in Nursing*. 2015;1(1):1-7.
- 114.** Giménez-Espert MDC, Prado-Gascó VJ. The role of Empathy and emotional intelligence in nurses' communication attitudes using regression models and fuzzy-

- set Qualitative Comparative analysis models. Journal Clinical Nursing. 2018;27(13-14):2661-2672.
- 115.** Harvey P, Ahmann E. Validation: A Family-Centered Communication Skill. Nephrol Nurs J. 2016; 43(1):61-65.
- 116.** Aaçdiken S, Aydoğan A. Hemşirelerde Empati Beceri ve Etik Duyarlılık İlişkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;6(2);122-129.
- 117.** Tebrizcik S, Ersöz S, Aktepe A, Uzun B, Yolbilir B, Güler E. İstatistiksel Veri Analizi ile alışma Salonu Memnuniyet Ölümü Üzerine Bir Uygulama . International Journal of Engineering Research and Development. Special Issue. 2022:78-86.
- 118.** Suhr D. Step Your Way Through Path Analysis, Western Users of SAS Software Conference Proceedings. 2008. [Erişim Tarihi 12.10.2022]. Erişim Adresi: www.wuss.org/proceedings08/08WUSS%20Proceedings/papers/pos/pos04.pdf.
- 119.** okluk Ö, şekercioğlu G, Büyüköztürk ř. Sosyal Bilimler İçin ok Değişkenli İstatistik: SPSS ve LISREL Uygulamaları.1.Baskı.Ankara: Pegem Akademi;2010
- 120.** Göğebakan Y, Kureren P. *Kadın Duygusalığının İki Boyutlu Düzlem Üzerinde Plastik Açıdan Değerlendirilmesi* . III. Uluslararası Berlin Sosyal ve Beşeri Bilimler Kongresi. Berlin, Germany. 2019: ss.45.
- 121.** olak Okumuş D, Uğur E. Hemşirelerin Duygusal Zekâ Düzeylerinin Bakım Davranışlarına Etkisi. Acıbadem Üniversitesi. Sağlık Bil Dergisi. 2017; 2:104-109.
- 122.** Erdoğdu YM. Duygusal Zekanın Bazı Değerkenler Açısından İncelenmesi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi 2008; 23: 62-76.
- 123.** Austin EJ, Evans P, Magnus B, O’Hanlon K. A Preliminary Study of Empathy Emotional Intelligence and Examination Performance in MBChB Student. Medical Education 2007; 41(7): 684-689.
- 124.** Tubbs-Cooley HL, Mara CA, Carle AC, Mark BA, Pickler RH. Association of nurse work load with missed nursing care in the neonatal intensive care unit. JAMA Pediatrics 2019; 173(1), 44–51.
- 125.** Tubbs-Cooley HL, Pickler RH, Younger JB, Mark BA. A descriptive study of nurse-reported missed care in neonatal intensive care units. Journal of Advanced Nursing 2015; 71(4), 813–824.
- 126.** Gathara D, Serem G, Murphy GA, Obengo A, Tallam E, Jackson D, et al. Missed nursing care in newborn units: a cross sectional direct observational study. BMJ Quality & Safety 2020; 29(1):19-30.

- 127.** Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burn out and job satisfaction. JAMA. 2002; 288:1987-1993
- 128.** Özgür G. Gümüş AB. Gürdağ Ş. Hastanede Çalışan Hemşirelerde Ruhsal Belirtilerin İncelenmesi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2011; 24:296-305.
- 129.** Henderson V. The Nature of Nursing: a Definition and its Implications for Practice and Education. New York: Macmillan; 1966. ss.84.
- 130.** Altıok M, Yılmaz M, Özer S, Nacar H, Yaman Z, Sungur M. Klinisyen Hemşirelerde Duygusal Zekâ: Nitel ve Nicel Verilerle Mersin Örneği. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015; 8(2): 48-59.
- 131.** Dur Ş, Gözen D, Bilgin M. Devlet ve özel hastanedeki hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin tutum ve davranışları. The Journal of Current Pediatrics. 2016; 14:1-9.
- 132.** Gafni Lachter LR, Josman N, Ben-Sasson A. Evaluating change: Using the Measure of Processes of Care-Service Provider as an outcome measure for performance and confidence in family-centred care. Child Care Health Development. 2019; 45(4):592-599.
- 133.** Gafni-Lachter L, Ben-Sasson A. Promoting family-centered care: A provider training effectiveness study. American Journal of Occupational Therapy. 2022; 76(3):1-8.
- 134.** Mittal V. Family-centered rounds. Pediatric Clinical North America. 2014; 61(4):663-70.

EKLER

EK. 1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1)Cinsiyet Erkek Kadın

2)Yaş:.....

3)Gelir Giderden az denk fazla

4)Medeni Durum: Evli Bekâr

5)Eğitim Düzeyi: Sağlık Meslek Lisesi Lisans Yüksek lisans Doktora

6)Çalıştığınız Birim:.....

7)Meslekteki Görev Süreniz:.....

8)Çalışma saatlerinizi en fazla hangi işlerle geçiriyorsunuz?

Tetkik ve tedavi Hemşirelik bakımı Hemşirelik dışı işler Destek hizmetler

9)Aile Merkezli Bakım Hakkında Bilginiz Var mı? Evet Hayır

10)Hümanistik Bakım Hakkında Bilginiz Var mı? Evet Hayır

11) Şimdi ya da önceki çocuk servisinde çalışma deneyiminiz ne kadar?
.....ay/yıl

12)Daha Önce Aile Merkezli Bakım Verdiniz mi? Evet Hayır

13)Günde Bakım Verdiğiniz Ortalama Hasta Sayısı.....

EK 2. HEMŞİRELİK UYGULAMALARINDA HÜMANİST DAVRANMA BECERİSİ ÖLÇEĞİ (HUHDBÖ)

1: Hiç uygun değil; 2: Uygun değil; 3: Genellikle uygun; 4: Oldukça uygun; 5: Çok uygun

Maddeler	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
1. Bakım verdiğim hastalarla sade bir dilde iletişim kurabilirim.					
2. Bakım verdiğim hastalarla sözel olmayan ifadelerde (gözler, jestler, ifadeler vb.) iletişim kurabilirim.					
3. Özel durumlara uygun sözlü ve sözsüz iletişim yöntemlerini seçebilirim.					
4. İstenmeyen iletişim yöntemlerinden kaçınırım (Konudan konuya geçme, gereksiz umut verme vb.)					
5. Etkili iletişimi sağlamak için çeşitli iletişim becerilerini esnek bir şekilde kullanabilirim.					
6. Bakım verdiğim hastaların memnuniyetsizliği iletişim yoluyla zamanında giderilebilir.					
7. Başkalarıyla iyi ilişkiler kurarım.					
8. İşte ortaya çıkan zorluklar ve engellerle doğru şekilde başa çıkabilirim.					
9. İşyerindeki çatışmalara olumlu ve doğru tavırla yaklaşırım.					
10. Duygularımı ılımlı bir şekilde ifade edebilirim.					
11. Duygularımı etkili bir şekilde kontrol edebilirim.					
12. Mesleki etik kurallara uyarım.					
13. İş yerinde etik konularla ilgili mantıklı kararlar alırım.					
14. Bakım verdiğim hastaların mahremiyetini korurum.					
15. Bakım davranışında bilinçli ve sağ görülü hareket ederim.					
16. Hemşirelik planını bakım verdiğim hastaların çıkarlarını en üst düzeyde tutacak şekilde seçerim.					
17. Hemşirelik uygulamalarında yasa, yönetmelik ve düzenlemelere uyarım.					

EK 2. (Devam)

Maddeler	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
18. Bakım verdiğim hastaları meşru hak ve menfaatlerinin ihlalinden koruyabilirim.					
19. Hemşirelik uygulamalarında kendi imajımı oluşturmaya odaklanırım.					
20. Bakım verdiğim hastalarla mesleki dil kullanmaya odaklanırım.					
21. İş yerinde sorumluluk bilincine veya duygusuna önem veririm.					
22. Bakım verdiğim hastalar için güzel ve konforlu bir ortam (fiziksel, psikolojik, sosyal yönden) yaratırım.					
23. Bakım verdiğim hastalara saygılı davranırım.					
24. Kendimi başkalarının yerine koyabilirim.					
25. Bakım verdiğim hastaların sağlık ihtiyaçlarını etkin bir şekilde karşılayabilirim.					
26. Bakım verdiğim hastalara holistik bakım ve destek sağlarım.					
27. Bakım verdiğim her hastaya eşit davranırım.					
28. Bakım verdiğim hastaların gelenek ve göreneklerine uygun çok kültürlü bakım sağlarım.					
29. Bakım verdiğim hastaların gereksinimlerini anlarım.					

EK 3. AİLE MERKEZLİ BAKIM TUTUM ÖLÇEĞİ(AMBTÖ)

1: Hiç Katılmıyorum; 2: Katılmıyorum; 3: Kararsızım; 4: Katılıyorum; 5: Tamamen Katılıyorum

Maddeler	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
1. Aile üyelerinin sağlık davranışları ve alışkanlıkları çocuğun sağlığını etkiler.					
2. Çocuk hemşireliği Aile Merkezli Bakım temellidir.					
3. Aile Merkezli Bakım, hasta bakımının bir parçasıdır.					
4. Aile Merkezli Bakım, her ailenin bireysel farklılıklarını dikkate alır					
5. Aile Merkezli Bakım, çocuk ve aileyi fiziksel yönden ele alır.					
6. Aile Merkezli Bakım, sağlık hizmeti kalitesinin önemli bileşenlerinden biridir.					
7. Aile Merkezli Bakım, çocuk ve aile arasındaki bağları güçlendirir.					
8. Aile Merkezli Bakım, aile üyelerinin çocuğun bakımına aktif katılımını sağlar.					
9. Aile Merkezli Bakım, çocuk ve ailenin duygularını anlamayı kapsar.					
10. Aile Merkezli Bakım, çocuk ve aileyi entelektüel yönden ele alır.					
11. Aile Merkezli Bakım, çocuk ve aileyi spiritüel yönlerden ele alır.					
12. Aile Merkezli Bakım, çocuk ve ailenin sosyokültürel yönünü kapsar.					
13. Aile Merkezli Bakım, çocuğun normal yaşamını sürdürebilmesi için ailenin önemini ve değişmezliğini kabul eder					

EK 3. (Devam)

Maddeler	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
14. Aile Merkezli Bakım yaklaşımında her çocuğa ve ailesine saygı duyulur					
15. Aile Merkezli Bakım, etnik, etik, kültürel ve sosyoekonomik farklılıklara saygı duyar.					
16. Aile Merkezli Bakım, çocuk ve aileye yol gösterir.					
17. Aile Merkezli Bakım, çocuğun ve ailenin seçimini destekler					
18. Aile Merkezli Bakım, ailelerle her zaman doğru, dürüst ve tarafsız bir şekilde bilgileri paylaşır.					
19. Çocuk-aile ve hemşire arasındaki iş birliği ve bilgi paylaşımı empatik bir ilişki gerektirir.					
20. Ebeveyn katılımı ile sağlanan bakım etkili ve başarılı olur.					
21. Aile Merkezli Bakım, ebeveynler arası desteği teşvik etmeyi ve kolaylaştırmayı gerektirir.					
22. Aile Merkezli Bakım, aile üyelerinin birbirleri ile iletişimlerini destekleyerek, olumlu bir etkileşim ortamı oluşturur.					
23. Aile Merkezli Bakım 'ın başarısı, hasta bakım sistemini ve kurumsal işleyişini olumlu etkiler.					
24. Sağlık bakım sistemi, aile gereksinimlerini karşılayacak ve ebeveynler tarafından kolayca ulaşılabilecek şekilde düzenlenir.					
25. Aile Merkezli Bakım, çocuk ve aile üzerinde hastaneye yatmanın olumsuz etkilerini azaltmada etkilidir.					
26. Aile Merkezli Bakımda ebeveynler sağlık ekibinin bir parçasıdır					
27. Aile Merkezli Bakımda ebeveynler bakıma dahil edildiklerinde ebeveynlik rollerinde ortaya çıkan değişikliklerle daha kolay baş ederler.					
28. Aile Merkezli Bakımda kendini güvende hisseden ebeveynler, çocuğunun bakımına mümkün oldukça katılmak isterler.					

EK 3. (Devam)

Maddeler	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
29. Aile Merkezli Bakım, ebeveynlerin bakım memnuniyetini artırır ve bakım sürecine uyumlarını sağlar.					
30. Aile Merkezli Bakım, ebeveynlerin yeni bilgi ve beceri kazanmalarını sağlar.					
31. Aile Merkezli Bakım, kurum program ve politikalarının gelişimini destekler					
32. Aile Merkezli Bakım, çocuk, aile ve sağlık ekibi üyeleri arasında etkili bir iletişim sağlar					
33. Aile Merkezli Bakım, ailenin kendine güven duygusunu artırır ve problem çözme yeteneğini geliştirir.					
34. Aile Merkezli Bakım, ebeveyn stresini azaltır.					
35. Aile Merkezli Bakım, ebeveynlerde taburculuk sonrası problemleri azaltır.					
36. Aile Merkezli Bakımda ebeveynlerin hastanede yatış sürecinde çocuğunun yanında olması çocuğun anksiyetesini azaltır					
37. Aile Merkezli Bakım, sağlık personeli ve aile ile daha olumlu bir iletişim kurulmasını sağlar.					
38. Aile Merkezli Bakım, iyileşmeyi çabuklaştırır					
39. Aile Merkezli Bakım, çocuğun duygusal stresini azaltır.					
40. Aile Merkezli Bakım, çocuğun güvende hissetmesini sağlar					
41. Aile Merkezli Bakım, çocuğun hastaneye uyumunu kolaylaştırarak oluşabilecek davranışsal sorunları azaltır.					
42. Aile Merkezli Bakım, çocuğun hastanede kalma süresini kısaltır.					
43. Aile Merkezli Bakım, çocuğun memnuniyetini artırır.					
44. Aile Merkezli Bakım, ebeveyn çocuk ilişkisini sürdürür.					

EK 3. (Devam)

Maddeler	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
45. Aile Merkezli Bakım, taburculuk sonrası çocuğun bakımında ebeveynin yeterliliğini artırır.					
46. Aile Merkezli Bakım, çocuğun hastane ve ev yaşamı arasında bağlantı sağlar.					
47. Aile Merkezli Bakım, çocuğun ağrısını azaltır.					
48. Aile Merkezli Bakım, çocuğun sağlığı ve gelişimini desteklemede hemşirenin aileyle işbirliği kurmasını sağlar					
49. Aile Merkezli Bakım, çocuk hemşiresinin ailelerin güçlerini ve bakım verme kapasitelerini daha iyi anlamalarını sağlar					
50. Aile Merkezli Bakım, çocukta uyku sıkıntısını azaltır.					
51. Aile Merkezli Bakım, çocuğun bakımını planlamada ve değerlendirmede kolaylık sağlar.					
52. Aile Merkezli Bakım, sağlık ekibi üyeleri arasında, etkili ve sağlıklı bir iletişim sağlar.					
53. Aile Merkezli Bakım, sağlık bakım maliyetini azaltır.					
54. Aile Merkezli Bakım, memnuniyeti artırır					
55. Aile bakımın temelidir					
56. Aile çocuğun birincil destek sistemidir					
57. Çocuğun bakımına aile katılmalıdır.					
58. Aile üyeleri, hastanede kendi bakımları ile ilgili temel gereksinimlerini karşılayabilirler.					

EK 4. HUHDBÖ Kullanım İzni

Ölçek Kullanım İzni Hk. Gelen Kutusu x

S safiye yanmiş <safiyeyanmis@hotmail.com> 3 Haz 2022 18:05 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ben ▾

Merhaba Enes bey,
Ölçeğimizin ayrıntılarını sizinle paylaşıyorum. Konuyla ilgili sorunuz olduğunda bana ulaşabilirsiniz.
İyi çalışmalar diliyorum.

...

[İleti kısaltıldı] [Tüm iletiyi görüntüle](#)

Bir ek • Gmail tarafından tarandı 🔍

Resim 1: Ölçek Kullanım İzni Hk. (HUHDBÖ)

Ölçek	Ölçek Kodu	Ölçek Adı	Ölçek Birimi	Ölçek Birim Sembolü
1	001	1. Ölçek	...	...
2	002	2. Ölçek	...	...
3	003	3. Ölçek	...	...
4	004	4. Ölçek	...	...
5	005	5. Ölçek	...	...
6	006	6. Ölçek	...	...
7	007	7. Ölçek	...	...
8	008	8. Ölçek	...	...
9	009	9. Ölçek	...	...
10	010	10. Ölçek	...	...

W Hemşirelik Uygul...

EK 5. AMBTÖ Kullanım İzni

Ölçek İzni Gelen Kutusu x



Enes Saygın <enessaygin4076@gmail.com>

16 Eyl 2022 Cum 22:13



Alıcı: ayfertosun_86

Saygıdeğer hocam iyi günler. Ben Enes Saygın MERCİMEK. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği programında yüksek lisans öğrencisiyim. Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Yasemin CEYHAN ile tezimde hemşirelerde aile merkezli bakıma ilişkin görüşlerini çalışmayı planlamaktayız. Bu çalışmada geçerlik ve güvenilirliğini yaptığımız Hemşirelere yönelik Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeği adlı ölçeğinizi izniniz dahilinde yüksek lisans tezimde kullanmak istiyorum



ayfer tosun <ayfertosun_86@hotmail.com>

18 Eyl 2022 Paz 23:33



Alıcı: ben

Merhabalar Enes,

Elbette kullanabilirsin teze atf yaparak. Ölçeğin geçerlik güvenilirliğini yapmadım Aile Merkezli bakım tutum ölçeğini biz hemşirelerde geliştirdik.

Kolaylıklar dilerim.

From: Enes Saygın <enessaygin4076@gmail.com>

Sent: Friday, September 16, 2022 10:13 PM

To: ayfertosun_86@hotmail.com <ayfertosun_86@hotmail.com>

Subject: Ölçek İzni

...

...

EK 6. Kurum Araştırma İzni



T.C.
AKSARAY VALİLİĞİ
İl Sağlık M¼d¼rl¼ė¼



Sayı : E-74114513-771
Konu : Enes Saygın MERCİMEK Araştırma
İzni Hk.

Sayın Enes Saygın MERCİMEK

İlgi : 08/08/2022 tarihli ve 5505 sayılı dilekçeniz.

İlgi dilekçenizde; "Pediatri Hemşireliğinde H¼manizm ile Aile Merkezli Bakım Arasındaki İlişki" konulu Y¼ksek Lisans Tez çalışmanızı 01/09/2022-30/05/2023 tarihleri arasında Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi kliniklerinde çalışan sağlık personelleri ile uygulamayı planladığınız belirtilmektedir.

Söz konusu araştırma talebiniz "Araştırma Talebi Değerlendirme Komisyonu" tarafından değerlendirilerek M¼d¼rl¼ė¼m¼zce uygun m¼talaa edilmiştir. Çalışmanın Pandemi kurallarına özenle riayet edilerek yapılması hususunu;

Bilgilerinize sunulur.

Dr.Abdullah G¼LEÇ
İl Sağlık M¼d¼r¼

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: a5f7c2c6-4820-4adf-a4d2-0896f56666b7 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Aksaray İl Sağlık M¼d¼rl¼ė¼

Telefon: Faks No:

e-Posta: Esra.Cakici@saglik.gov.tr İnternet Adresi: esra.cakici@saglik.gov.tr

Bilgi için: Esra ÇAKICI

EBE

Telefon No: (0 382) 213 01 22



EK 6. (Devam)

ARAŞTIRMA İZİNLERİ DEĞERLENDİRME KOMİSYON TUTANAĞI

Bilimsel Araştırma Başvurularını Değerlendirmek amacıyla oluşturulan 10.01.2022 tarihli ve E.49 sayılı Makam Oluru'na istinaden; Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümünde Yüksek Lisans öğrencisi olan Enes Saygın MERCİMEK' in Müdürlüğümüze vermiş olduğu, Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi kliniklerinde çalışan sağlık personelleri ile 01/09/2022-30/05/2023 tarihleri arasında yapacağı "Pediatri Hemşireliğinde Hümanizm ile Aile Merkezli Bakım Arasındaki İlişki" konulu Yüksek Lisans Tezi, komisyon üyeleri tarafından değerlendirilmiş olup, Pandemi kurallarına titizlikle uyularak yapılması uygun görülmüştür. 12/08/2022

Üye
Emin BAŞARAN
Uzman

Üye
Esra ÇAKICI
Ebe

Komisyon Başkanı
Hikmet BÜYÜKKIŞLA
Kam. Mağ. Hiz. Başk. Yrd.

EK 7. Etik Kurul Belgesi

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		"Pediatri Hemşireliğinde Hürmanizm İle Aile Merkezli Bakım Arasındaki İlişki"
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Bağbaşı Yerleşkesi Merkez/KIRŞEHİR
	TELEFON	0386 280 3924
	FAKS	0386 280 5007
	E-POSTA	tipetikkurul@ahievran.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Yasemin CEYHAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kırşehir			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVAN/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	<input type="checkbox"/>			
	İlaç dışı klinik araştırma	<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz: Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Recai DAĞLI
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmamalıdır.

Sayfa 1/3

EK 7. (Devam)

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Pediatri Hemşireliğinde Hümanizm İle Aile Merkezli Bakım Arasındaki İlişki”
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	11.08.2022	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	11.08.2022	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	11.08.2022	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2022-16/141	Tarih: 06/09/2022				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan Etik Kurul üye tamsayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.					

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKAN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Recai DAĞLI

06/09/2022 tarihinde aşağıdaki kişiler toplantıya katılmışlardır.

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Doç. Dr. Recai DAĞLI	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Arif Hüdai KÖKEN	Tıp Tarihi ve Etik	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Dilek KUZAY AKSOY	Fizyoloji	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ayla ÜNSAL	Hemşirelik	Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Recai DAĞLI
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK 7. (Devam)**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		"Pediatri Hemşireliğinde Hümanizm İle Aile Merkezli Bakım Arasındaki İlişki"							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU									
Dr. Öğr. Üyesi Gülhan ÜNLÜ	Tıbbi Farmakoloji	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Fatma Nur ARSLAN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Kırşehir Eğitim ve Araş. Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Naime Meriç KONAR	Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ramazan DULKADİR	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Mustafa AVCU	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	Özel Musa Gül Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mahmut Sami METİN	Deri ve Zührevi Hastalıkları	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Murat DOĞAN	Aile Hekimliği	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Ali DEMİR	Hukuk	Serbest Avukat	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mümtaz DADALI	Üroloji	Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
V.H.K.İ Yasin KILIÇ	Memur	Ahi Evran Ün. TÖMER Merkezi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Reca DAĞLI
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Sayfa 3/3

EK 8. Bilgilendirilmiş Onam Formu

ÇALIŞMANIN ADI:

Pediatric Hemşirelerinin Hümanistik Bakım Becerileri ile Aile Merkezli Bakım Arasındaki İlişki

Sizden aşağıda bilgileri yer alan bir araştırmanın çalışmasına katılmanızı istemekteyiz. Çalışmaya katılıp katılmama kararı size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyunuz. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz,

Çalışmaya Katılma Onayı Forumu'nu imzalayınız ve aşağıda yer alan mail adresine gönderiniz. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI: Katıldığınız çalışmada, insancıl bakım ile aile merkezli bakım arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ: Çalışma yüz yüze olacaktır. Yaklaşık 5-10 dakikalık diyalog görüşmesi ve ölçek doldurma planlanmaktadır. Bu görüşmede hemşirelikte hümanistik davranma becerisi ile aile merkezli bakım düzeyini ölçen sorular yer alacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR? : Çalışmaya katılmanız bilimsel olarak literatüre hümanistik bakımın önemi ile aile merkezli bakım açısından ne derece ilişki olduğuna dair bilgi sağlayacaktır. Böylece daha insancıl ve kaliteli bakım verilmesine fayda sağlayacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?: Çalışmada adınız, soyadınız gibi herhangi bir kimlik bilginiz yer almayacaktır. Sadece hastalığa dair veriler paylaşılacaktır. Bu veriler bilimsel ortamlarda sunulacak ve gizlilik ilkelerine tamamen uyulacaktır.

Günün 24 saatinde soru ve problemler için başvurulacak kişiler/e-posta:

Enes Saygın MERCİMEK / e-posta: enessaygin4076@gmail.com

GÖNÜLLÜNÜN ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI: Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle onaylıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana elektronik posta ile teslim etmiştir.

Onaylıyorum.

İmza:

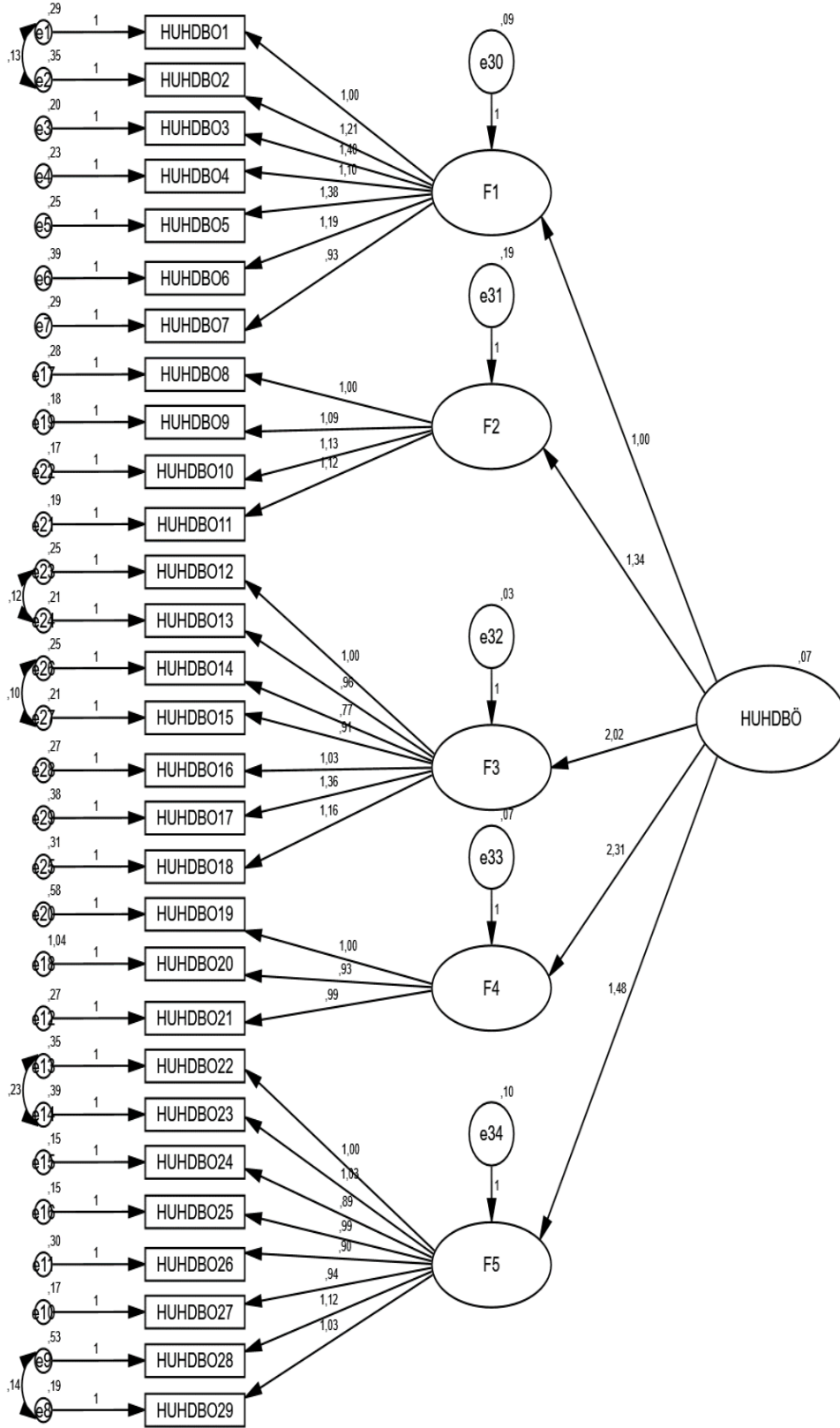
Tarih:

Araştırmacı Adı Soyadı: Enes Saygın MERCİMEK

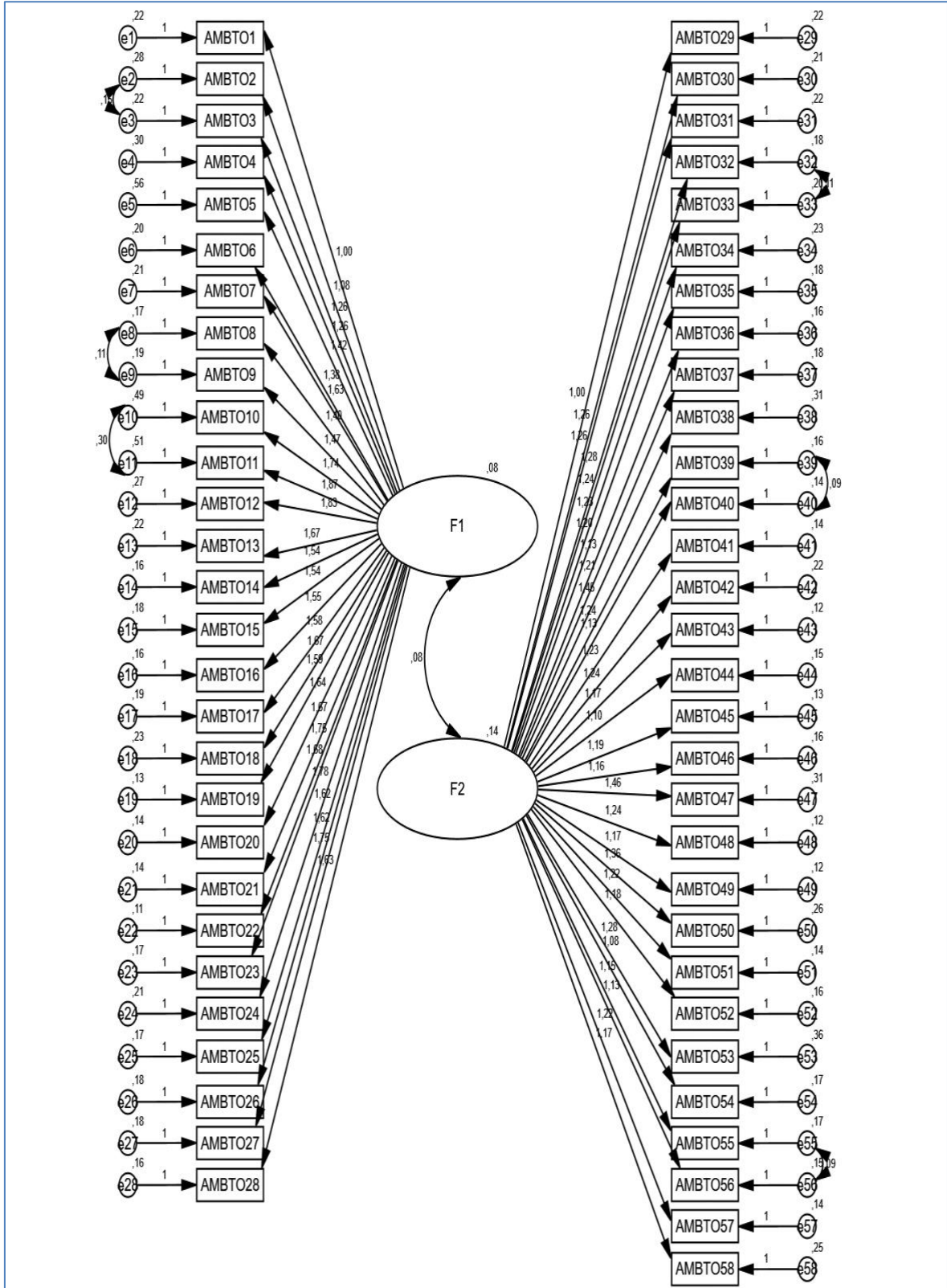
Tarih:

İmza:

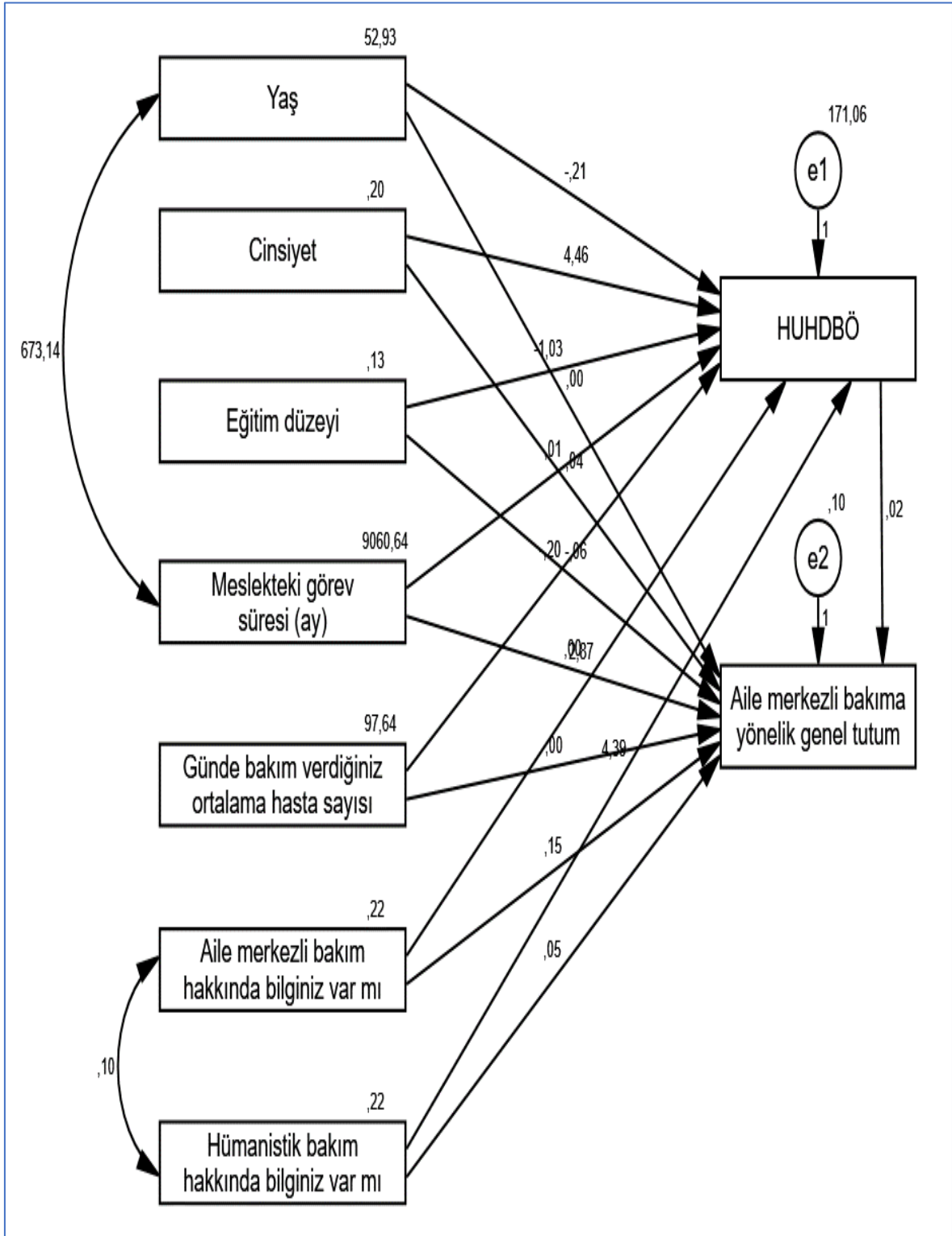
EK 9. Hemşirelik Uygulamalarında Hümanist Davranma Becerisi Ölçeği Standartlaştırılmamış Yol Katsayıları



EK 10. Aile Merkezli Bakım Tutum Ölçeğine Ait Standartlaştırılmamış Yol Katsayıları



EK 11. Bağımsız değişkenler ile ölçekler arasındaki standartlaştırılmamış yol katsayıları.



EK 12. Özgeçmiş

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı: Enes Saygın MERCİMEK

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Mezuniyet Yılı
Lisans	Hemşirelik	Kırşehir Ahi Evrans Üniversitesi	2020
Yüksek Lisans	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı	Kırşehir Ahi Evrans Üniversitesi	2021-Devam Ediyor

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİM

Kurum	Görevi	Yıl
Aksaray Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hemşire	2021- devam ediyor.

ESERLER

A. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler:

Mercimek ES, Ceyhan Y. Nurse Care From The Perspective Of The Child And Family. Ahi Evran 1st International Conference On Scientific Research; 1-2 December 2022; Online, Türkiye.

Mercimek ES, Ceyhan Y. Philosophy of Humanizm in Nursing. Ahi Evran 2nd International Conference On Scientific Research; 21-23 October 2022; Online, Türkiye.

B. Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

Mercimek ES, Ceyhan Y. 7-13 Yaş Arası Hastanede Yatan Çocukların Ve Ailelerin Hemşirelik Bakımına İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023. Değerlendirilme Aşamasında.

C. Aldığı Sertifikalar:

Nurse Care From The Perspective of The Child And Family. Ahi Evran 1st International Conference On Scientific Research Certificate of Participation.

Philosophy of Humanizm in Nursing. Ahi Evran 2nd International Conference On Scientific Research Certificate of Participation.

Çocuk Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu.